

TRAUMATISKE FØDSELSOPPLEVELSER OG PTSD

Studentoppgave i barne- og ungdomspsykiatri Oslo 2006

av

Stud. med. Elisabeth Aashaug

Universitetet i Oslo

Veileder Inger Helene Vandvik prof. emerita.

Innholdsfortegnelse

Abstract

1. Introduksjon/bakgrunn for valg av oppgave
2. Materiale og metode
3. Utvikling av PTSD som diagnostisk kategori
4. Forekomst
5. Fødselstraume
6. PTSD
 - 6,1 komorbiditet
 - 6,2 patofysiologi
 - 6,3 bearbeidelse av informasjon
7. Postnatal PTSD
 - 7,1 klinisk bilde
8. Risikofaktorer
 - 8,1 prenatale
 - 8,2 perinatale
 - 8,3 postnatale
 - 8,4 oppsummering
9. Forebygging/ behandling
 - 9,1 forebygging/primær intervensjon
 - 9,2 sekundær intervensjon
 - 9,3 tertiær intervensjon
10. Konklusjon
11. Litteraturliste

Vedlegg 1

ABSTRACT

For a long time it has been known that a childbirth can be traumatic for some women. With the changes in DSM-IV in 1994, the diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) can be made based upon a traumatic birth experience.

Based on a literature search, this paper looks at the experience of a traumatic birth, and how it can develop into postnatal PTSD. It also looks at the incident, potential risk factors and treatment for postnatal PTSD.

A MEDLINE, PSYCHLIT and COCHRANE database search using the key words: "childbirth", "trauma", "PTSD", "support", "treatment", and "traumatic delivery", was performed. The list of articles was supplemented by a review of their references.

Case studies and qualitative studies show that PTSD can occur in the postnatal period.

Quantitative studies show that one in three women appraise childbirth as traumatic, about 10 % have posttraumatic stress symptoms and between 0,9-5,9 % develop PTSD postnatally. The studies are mostly retrospective, and it is difficult to know how many women who already have PTSD when in labour. The only study of PTSD in pregnancy, found a PTSD incident of 8.1 % prenatal. The research in this field is limited, and differs widely in terms of measures, screening tool, methods used, and look at different risk factors. The current research suggests however, that a history of previous trauma or psychiatric problems, level of obstetric intervention, and low support during delivery, can increase a woman's risk of developing PTSD. Other identified risk factors were: The subjective experience of pain, unmet expectations, lack of control, and peritraumatic dissociation. There is no simple answer to the question why some women develop PTSD after a traumatic childbirth, but a combination of risk factors is suggested. There is also some controversy whether a debriefing session is effective in preventing the development of PTSD postnatally. Despite this controversy, debriefing seems to be increasingly used, and the women report feeling better when getting the opportunity to talk about their traumatic experience. There are just a few studies looking at treatment of Posttraumatic Stress Symptoms postnatally. They suggest that a brief cognitive behaviour therapy is most effective. When it comes to postnatal PTSD, no study has looked at the treatment. However in the general trauma literature, it suggests the usefulness of a longer cognitive behaviour therapy. There is an urgent need for more research on this topic!

1. INTRODUKSJON/ BAKGRUNN FOR VALG AV OPPGAVE

En barnefødsel vil for de fleste kvinner representere en naturlig og positiv hendelse.

Likevel har det lenge vært kjent at noen kvinner kan få psykologiske problemer etter en vanskelig barnefødsel, og ganske nylig ble det akseptert at enkelte kvinner kan utvikle en posttraumatisk stress lidelse(PTSD) postnalt.

Først trodde man at det kun var fødsler med komplikasjoner som akutt keisersnitt, vakuumbetoning, eller dramatiske opplevelser som dødfødsel, abort eller prematur fødsel som førte til en traumatisk respons (Olde et al 2006), men det viser seg at også normale vaginale fødsler kan gi en posttraumatisk stressrespons og utvikling av PTSD (Ballard et al,1995;Fones 1996).

Sommeren 2005, fødte jeg mitt tredje barn, en flott velskapt gutt. Det som skulle ha vært en fantastisk hendelse, utviklet seg til mitt livs verste mareritt. Jeg mottok absolutt ingen form for smertelindring, og lite støtte fra et inkompetent personale. Følelsen av å ikke ha kontroll over situasjonen, var helt uutholdelig. Jeg fikk fullstendig panikk og trodde at både jeg og barnet kom til å dø. Det føltes som om kroppen min ble revet i to. Det endte med totalruptur, og på grunn av korreksjon av riften, gikk jeg glipp av den første verdifulle tiden sammen med min sønn. Denne traumatiske fødselsopplevelsen har gitt meg psykiske og fysiske langtidskomplikasjoner.

I valg av selvstendig oppgave på medisinstudiet, ønsket jeg derfor å se litt nærmere på hva litteraturen sier om traumatiske fødselsopplevelser og utvikling av PTSD som den ytterste konsekvens.

I semesteret som omhandlet gynekologi og obstetikk på studiet, ble ikke denne type problematikk nevnt med et eneste ord.

I oppgaven har jeg lagt vekt på å belyse forekomsten av fødselstraume og PTSD etter barnefødsel, samt at jeg har sett på hvilke risikofaktorer som kan medvirke til utvikling av dette. Videre har jeg ved hjelp av kasustikker og kvalitative studier forøkt, med eksempler, å vise hvordan den kliniske hverdagen arter seg for kvinner med postnatal PTSD.

Til slutt tar jeg for meg det som er kjent av kunnskap om forebygging/behandling av postnatal PTSD.

Fra den generelle traumelitteraturen, er det kjent at det bare er et mindretall som utvikler PTSD etter en traumatisk hendelse. Et mye større antall utvikler symptomer på posttraumatisk stress, som kan være et ledd i en normalreaksjon på en stressfull hendelse, mens andre kan komme ut av det uten noen form for psykopatologi (Kleber og Brom 1992).

I forskningen på psykologiske reaksjoner etter barnefødsler skiller man mellom; å oppleve fødselen som traumatisk, å utvikle en posttraumatiske stresssymptomer, og å utvikle postnatal PTSD.

En fødsel beskrives som traumatisk når kvinnen subjektivt sett sier at hun har hatt en traumatisk fødselsopplevelse, selv om hun ikke behøver å utvikle tegn på påfølgende psykopatologi.

Å utvikle symptomer på posttraumatisk stress, er når kvinnen har gjenopplevelser og /eller unntakssymptomer, spesielt de 6 første ukene, men ikke fyller de diagnostiske kriteriene for PTSD(se vedlegg 1)(Ayers, 2004).

Ved postnatal PTSD har kvinnen symptomer i form av gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen, vedvarende unntakelse av alt som kan minne om traumet, og symptomer på økt aktivisering. Symptomene må ha vart i mer enn en måned og må ha ført til redusert sosial og arbeidsrelatert funksjon. (DSM-IV, se vedlegg 1).

2. MATERIALE OG METODE

Oppgaven om fødselstraume og utvikling av postnatal PTSD, bygger på en litteraturstudie. Jeg har gjort systematiske litteratursøk i databasene: MEDLINE, PSYCHLIT, og COCHRANE, med søkeordene: "childbirth", "trauma", "PTSD", "support", "treatment", og "traumatic delivery". Søkeordene er brukt enkeltvis og i kombinasjon. Søket ga ca 120 treff. Der forelå ingen randomiserte kontrollerte studier vedrørende incidens og risikofaktorer for postnatal PTSD, men noen få randomiserte kontrollerte studier ble funnet, som så på effekten av debriefing etter en fødsel.

Jeg valgte ut artikler fra litteratur søket for å belyse problematikken så bredt som mulig. I tillegg har jeg supplert litteraturlisten etter gjennomgang av referanser til leste artikler. Jeg valgte å ikke med studier av postnatal PTSD ved abort, død fødsel og prematur fødsel. Kun studier av vaginal fødsel og keisersnitt er inkludert.

De første publikasjonene som ble gjort på 80 og 90 tallet, bygger på kasustikker. Jeg har valgt å ta med noen av disse for å belyse symptomatologien, og den klinisk hverdagen for disse kvinnene. Tilsvarende gjelder for tre kvalitative studier som er inkludert. Videre har jeg inkludert 10 kvantitative studier, som empirisk belyser forekomst og risikofaktorer for utvikling av PTSD i den postnatale perioden. Jeg har inkludert tre litteratursammendrag som omhandler fødselstraume og postnatal PTSD. Videre har jeg tatt med flere andre litteratursammendrag som belyser forskjellige aspekter ved problematikken. Jeg har supplert litteraturen med flere relevante studier av PTSD på et generelt grunnlag, blant annet to store metaanalyser fra 2000 og 2003, som ser på risikofaktorer for PTSD.

Enkelte studier som belyser debriefing etter et fødselstraume er tatt med.

I mangel av studier av behandling av postnatal PTSD, er enkelte studier fra den generelle trauma litteraturen tatt med. Disse belyser behandling av PTSD på et generelt grunnlag.

3. UTVIKLING AV PTSD SOM DIAGNOSTISK KATEGORI

Gjennom det 20. århundre har interessen for den psykologiske virkning av et traume toppet seg under og etter en krigstid. Møtet med overlevende etter 2. verdenskrig ga noe innsikt i effekter av ekstreme traumer på det psykologiske funksjonsnivå.

Den første studien av et krigsrelatert psykologisk sequele ble publisert i 1941 av A.Kardiner (Kolb, 1993), og Grinker og Spiegel, (1945) innførte begrepet "combat neurosis"(Ballard et al, 1995).

Tidlig i 70 årene ble veteraner fra Vietnam krigen lagt inn på psykiatriske klinikker med diagnosen schizofreni eller andre psykotiske tilstander. Selv om krigsrelaterte lidelser var kjent fra 2.verdenskrig, mente legene at Vietnam veteranene led av psykotiske tilstander. Symptomene de rapporterte var; tilbakevendende, ubehagelige tanker, mareritt og sosial tilbaketrekking. Dissosiasjonsfenomener som flashbacks førte ofte til feil diagnostisering i psykotisk retning (Ozer et al, 2003)

Samtidig begynte klinikere å gjenkjenne og skrive om tilsvarende mønstre av psykiatriske symptomer hos kvinner utsatt for seksuelle overgrep. Begrepet "rape trauma syndrom" dukket

opp(Becker, 1982).Symptomene var overraskende like de man kunne finne hos krigsveteraner med; unnvikelsesatferd, mareritt, irritabilitet og flashbacks av minner fra overgrepet (Ozer et al, 2003).

Likevel skulle det gå nesten ti år før forskerne skjønnte at disse likhetene dreide seg om et og samme syndrom. Den økende interessen for forskning på posttraumatiske symptomer, ledet fram til introduksjonen av diagnose kategorien PTSD i "the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III) i 1980(American Psychiatric Association, 1980).

PTSD ble beskrevet som en angstlidelse med symptomer som fulgte etter en opplevelse av *"en ekstrem hendelse som ligger utenfor rekkevidde av den menneskelige erfaring"* (APA, 1980).

Dette førte til at PTSD ble assosiert med hendelser som; krig, voldtekt, naturkatastrofer, ran, eller å se noen bli drept (Brewin et al,2000). Etter hvert dukket det opp flere studier som dokumenterte symptomer på PTSD etter hendelser som ikke kunne karakteriseres som" utenfor rekkevidde av den menneskelige erfaring". Å bli foreldre til et prematurt barn (Affleck et al, 1991), å gjennomgå en medisinsk prosedyre(Fisch et al, 1989), og hos kvinner etter abort (Kessler et al, 1995), er eksempler på slike hendelser.

Det ble etter hvert nødvendig med en revisjon av kriteriene for hva en traumatisk hendelse innebærer. I 1994 kom den reviderte utgaven av DSM: DSM IV(APA 1994). En traumatisk hendelse ble her definert som: *" en hendelse der personen opplevde, var vitne til eller ble konfrontert med sin egen eller andres virkelige eller truende død eller alvorlig skade. Hendelsen truet også personens fysiske integritet"*(APA 1994),)(se vedlegg 1 for DSM-IV kriterier).

Dette betyr at individets subjektive persepsjon av fare og respons på en hendelse, vil påvirke utviklingen av PTSD. En mindre alvorlig hendelse kan resultere i PTSD, hvis individet er overbevist om at hans/hennes eller andres liv er i fare(Czarnocka og Slade, 2000).

På bakgrunn av denne endringen i DSM-IV, kan langtidsvirkningene etter en traumatisk barnefødsel fylle diagnosekriteriene for PTSD.

Flere studier på 70 og 80 tallet har beskrevet PTSD lignende symptomatologi etter barnefødsler.

I 1978 rapporterte Bydlowski og Raoul-Duval 10 kasustikker med *"la nevrose traumatique post-obstetricale"* blant 4000 fødsler over en to års periode. Forfatterne ble kjent med kvinnene da de var gravide med et nytt barn, og fremdeles var påvirket av traumat de hadde opplevd ved forrige fødsel. Alle kvinnene fortalte om lange, harde fødsler. Flere av kvinnene hadde mareritt om den traumatiske fødselsopplevelsen så skremmende at det hadde resultert i søvnproblemer.

Beech og Robinson skrev i 1985 om kvinner som hadde alvorlige mareritt etter en traumatisk fødselsopplevelse, ofte flere år etterpå. De la merke til at disse kvinnene: *" ser ut til å ha opplevd svært smertefulle og traumatiske forløsninger, ofte med et usympatisk personale"*(Beech og Robinson, 1985,s.15)

Arzimendi og Affonso(1987) forsket på forskjellige typer stressfaktorer før og etter forløsning. De fant at etter bekymring for barnets helse, var spesifikke minner fra fødselen den mest forstyrrende faktor postnalt.

Annen forskning gjort i dette tidsrommet viser at 17-86 % av kvinnene rapporterte *"missing pieces"*i minnene fra fødselen, eller mental forvirring under fødselen(Affonso, 1977, Stolte, 1986).

Med endringene i diagnosekriteriene for PTSD i 1994, kom det først en rekke kasustikker som viste at PTSD kan oppstå i den postnatale perioden(Ballard, 1995, Molemann et al, 1992, Fones et al,1996,Allen,1998). Etter hvert ble det publisert flere kvantitative studier som så på prevalens og risikofaktorer for utvikling av postnatal PTSD.

4. FOREKOMST

I en studie av kvinner med traumatisk fødselsopplevelse, rapporterte en av tre av kvinnene som deltok å ha opplevd fødselen som traumatisk (Creedy et al 2000). Dette er i samsvar med resultatene fra en studie utført av Soet et al(2003), som fant at 34% av kvinnene opplevde fødselen som traumatisk.

Opp mot 10 % av kvinner har en alvorlig posttraumatisk stressrespons etter en barnefødsel, men fyller ikke alle kriteriene for diagnosen PTSD(Czarnocka og Slade 2000).

Når det gjelder utvikling av PTSD etter en barnefødsel, har det de senere årene kommet en rekke kvantitative studier som har sett på prevalensen i befolkningen. Den første studien (Wijma et al) ble gjort på 1640 kvinner 1 til 13 måneder post partum i 1997. Resultatet gav en prevalens på 1.7 %. Andre studier har rapportert en prevalens på 0.9 % -5.6 % (Skari et al 2002, Czarnoka og Slade 2000, Soet et al 2003, Creedy et al 2000, Wijma et al 2006, Maggioni et al 2006, Ayers and Pickering 2001)

En studie utført i Nigeria i 2006, ga en prevalens på 5,9 % (Adewuya et al 2006). Dette er noe høyere enn studier i den vestlige verden har vist. Den obstetriske oppfølgingen i Afrika er annerledes og mer tilfeldig, med høyere mortalitet og morbiditet.

Mange kvinner føder hjemme med tradisjonelle fødselshjelpere til stede. Det kan være en kulturell forskjell i de afrikanske kvinners respons på en traumatisk fødselsopplevelse (Briggs et al 1988). Det er som sagt bare utført en studie i et afrikansk land, så det er behov for mer forskning før man kan dra noen endelige konklusjoner.

Svakheten med disse studiene er at de har forskjellig tidsperspektiv og bruker forskjellig diagnostiske skalaer. Dette kan gi forskjellige resultater. En annen svakhet er at de fleste studiene er retrospektive, slik at de sier ingenting om kvinner med postnatal PTSD også hadde PTSD før fødselen. Bare en studie (Ayers og Pickering, 2001) er prospektiv og målte PTSD under graviditet. Studien ga en prevalens på 8,1 % under graviditet. Etter at disse var fjernet fra materialet, var prevalensen 2,8 % 6 uker postnatalt og falt til 1,5 % 6 måneder postnatalt. Dette gir en reel prevalens for kronisk postnatal PTSD på 1.5 %.

Det er behov for mer forskning på området med standardiserte prosedyrer, for å kunne komme fram til noen endelige konklusjoner.

5. FØDSELSTRAUME

Et fødselstraume er en hendelse som skjer under fødselen og forløsningsprosessen, og involverer reell eller truende alvorlig skade eller død for mor eller hennes barn. Den fødende kvinnen opplever intens frykt, hjelpsløshet, og tap av kontroll. Beck sier i sin kvalitative studie av fødselstraume at: ” *Birth trauma lies in the eyes of the beholder*”(Beck, 2004 a, s. 28). Med dette mener hun at det som kvinnen opplever som et fødselstraume, kan oppleves som ren rutine for helsepersonellet som er tilstede. Det er kvinnens subjektive opplevelse av fødselen som avgjør om det er et fødselstraume. Dette bestemmes blant annet av den enkeltes risiko/sårbarhets faktorer. Dette blir diskutert senere i oppgaven. Når man har denne kunnskapen, bør enhver fødende kvinne behandles som om hun er en tidligere overlevende etter et traume(Crompton, 2003).

En gjennomgang av tilgjengelig litteratur viser at det er gjort få studier på selve fødselstraumet i forhold til ettervirkningene i form av PTSD.

Det er tidligere nevnt i denne oppgaven at studier viser at en av tre kvinner opplever en fødsel som traumatisk, mens bare noen få prosent utvikler PTSD postnalt. Det betyr at de fleste som opplever fødselen som traumatisk, ikke vil utvikle senvirkninger i form av PTSD. I en studie ble det funnet at selv om kvinnene med instrumentale forløsninger opplevde fødselen som mer traumatisk, hadde de ikke flere symptomer på PTSD enn de med normale vaginale forløsninger (Maclea et al, 2000).

I Ayers sammendrag, konkluderer hun med at å oppleve fødselen som traumatisk, er primært assosiert med obstetriske faktorer som: type forløsning, type smertestillende, fødselens varighet, blod tap, smerte og medisinsk intervensjon (Ayers, 2004). Selv om det er en sterk assosiasjon mellom en traumatisk fødselsopplevelse og postnatal PTSD, vil bare en liten del av kvinnene med et fødselstraume utvikle psykopatologi.

I en studie rapporterte ca 10 % av kvinnene at de hadde symptomer på posttraumatisk stress, selv om de ikke hadde opplevd fødselen som traumatisk. Dette kan forklares ved at det er en viss motstand hos kvinner mot å snakke om negative opplevelser ved en fødsel, og at de vil unnskyldes seg med at de tross alt har vært heldige som har fått et friskt barn. Det er store sosiale forventninger om at de skal være lykkelige etter en fødsel, og sette barnets helse foran sin egen (Soet et al, 2003).

6. PTSD

6.1 Komorbiditet

Andre angstlidelser og depresjon er vanlige komorbide lidelser hos pasienter med PTSD, og kan gjøre diagnosen av de enkelte lidelsene vanskelig (Schnurr et al, 2002).

I en nasjonal komorbiditets studie, ble det funnet at 88 % av menn og 79 % av kvinner med livstids PTSD, hadde minst en komorbid diagnose. Alvorlig depresjon var den vanligste komorbide diagnosen, og ble funnet i underkant av 50 % hos pasienter med PTSD. PTSD var også assosiert med høyere prevalens av følgende lidelser: dystymi, mani, GAD, panikk lidelse, sosial fobi, agorafobi og alkohol misbruk. Selv om tidligere psykiatrisk sykdom er en risikofaktor for utvikling av PTSD, kan PTSD i seg selv føre til utvikling av psykiatriske lidelser (Kessler et al, 2002). Symptomene har en viss overlapping og det kan forklare noe av den høye komorbiditeten.

Symptomer ved PTSD og depresjon er; søvnforstyrrelser, nedsatt konsentrasjon, redusert interesse i omgivelser. Ved PTSD og generalisert angst lidelse forekommer autonom hyperaktivitet, irritabilitet, økt vaksomhet og oppfarenehet, nedsatt konsentrasjon og søvnproblemer. Den psykologiske og fysiologiske reaktiviteten ved PTSD kan arte seg som et panikkanfall (Schnurr et al, 2002).

Ikke uvanlig, og spesielt blant eldre pasienter, er det høy komorbiditet mellom PTSD og somatiske lidelser. Å bli eksponert for et traume, øker risikoen for en dårlig fysisk helse. Individer som har overlevd et traume, rapporterer flere medisinske problemer, bruker flere medisinske tjenester, og har høyere dødelighet sammenlignet med individer som ikke har opplevd et traume (Schnurr og Jankowski, 1999).

Boscarino (1997) rapporterte en direkte sammenheng mellom traume og et bredt spektrum av medisinske lidelser i en 20 års oppfølging av menn eksponert for alvorlig stress.

Den høye komorbiditeten bør tas i betraktning ved diagnostisering og behandling av pasienter med PTSD, også hos kvinner med postnatal PTSD.

6.2 Patofysiologi ved PTSD

Det har vært gjort mye forskning på stress, mestring og adaptasjon, som er nyttig for forståelsen av de mange psykobiologiske unormalitetene knyttet til PTSD.

Aktivering av CNS og sentrale adrenerge mekanismer, er en nøkkel komponent i den humane stress responsen. Normalt vil den adrenerge aktiviteten returnere til et normalt homeostatisk nivå etter at krisen er over. Dette skjer ikke hos individer med PTSD, som opplever en kontinuerlig økt sympatoadrenerg aktivitet, selv i mangel på en ekstern trussel(Friedmann, 1999).

Individer med PTSD viser en sympatoadrenerg hyperrespons ved varierende nøytrale og traumerelaterte stimuli i laboratoriet. Økte verdier av katekolaminer er funnet i urinen, og noen adrenerge reseptorer er oppregulert. Det ser ut som om det adrenerge systemet hos individer med PTSD er rekallibrert for å takle en permanent livstruende krise(Yehuda og McFarlane, 1997).

En annen nøkkel komponent er mobilisering av den Hypothalamus-Hypofyse-Adrenokortikale (HHA) akse. Her finnes sterke bevis som taler for en dysregulering av HHA funksjonen. Økt nivå og aktivitet av cortikotropinreleasing faktor er påvist. Flere studier har vist et økt nivå av lymfocytt glukocorticoid reseptorer, og økt suppresjon av glukocorticoid dexamethason, ved en suppresjons test. Nivået av cortisol i urin ser ut til å variere avhengig av nivået av psykologisk stress(Yehuda, 2000).

Økt fysiologisk alarmberedskap er en betinget læringsreaksjon, der dyr lærer å bevare informasjon om tidligere trusler for å fremme framtidig overlevelse. Ved forsøk i laboratoriet er f. eks. voldtektsofre blitt utsatt for hørsels eller syns stimuli som omhandler voldtekt eller andre former for seksuelt misbruk. De fleste med PTSD vil vise en plutselig og dramatisk økning av kardiovaskulær eller annen sympatoadrenerg aktivitet, raskt etter eksponering for en slik traumerelatert stimuli i(Friedmann, 1999).

Amygdala er viktig i den økte fysiologiske alarmberedskapen. Amygdala øker bearbeidningen av fryktindusert informasjon i høyere kortikale strukturer, og er raskt i stand til å gjenkjenne faresignaler ved primitive visuelle baner som går forbi cortex(Helmuth, 2003).

Der er funnet bevis for endringer i hjernens struktur og funksjon hos individer med PTSD. Flere uavhengige laboratorier har ved hjelp av MR-scanning funnet redusert volum av hippocampus hos individer med PTSD utsatt for varierende traumer. Ved PET-scanning er det funnet økt regional blodgjennomstrømning til enkelte hjernestrukturer som; limbiske og paralimbiske system, spesielt amygdala og gyrus cingulus. Det virker som om disse strukturene spiller en viktig rolle i bearbeidelse av emosjonell informasjon(Schnurr et al, 2002).

6.3 Bearbeidelse av informasjon ved PTSD

Hukommelses og konsentrasjonsproblemer er vanlige plager hos mennesker med PTSD.

Et interessant forskningstema er om disse kognitive problemene er relatert til endringer i hjernestrukturer involvert i læring og hukommelse(Schnurr et al, 2002).

Foa et al har laget en modell basert på en "fryktstruktur", som de beskriver som: " *Et nettverk i hukommelsen som inkluderer tre typer informasjon :informasjon om det fryktede stimulus; informasjon om verbal og fysiologisk atferds respons; og bearbeidet informasjon om stimulus mening*"(Foa og Rothbaum,1997 s.74). Fryktstrukturer er programmer som gjør individet i stand til å flykte fra, eller unngå et fryktet stimulus. Foa og hennes kollegaer har foreslått at behandling ved PTSD må baseres på aktivering og korreksjon av informasjon i

fryktstrukturene. Dette kan bli gjort ved eksponering for et traumatisk stimuli, og videre en kognitiv restrukturering.

Denne modellen har dannet grunnlaget for mye av den kognitive terapien som utføres ved PTSD(Foa og Rothbaum, 1997).

I Ehler og Clarks kognitive teori foreslås det at PTSD blir vedvarende bare hvis et individ bearbeider en traumatisk hendelse på en måte som får hendelsen til å true individet etter at hendelsen har skjedd. Oppfattelsen av den aktuelle trussel kan føre til gjenopplevelser, hyperaktivitet, angst og stress. Oppfattelsen av en trussel kan også føre til atferdsmessige og kognitive forsøk på å redusere den umiddelbare følelsen av trusselen, men vil i virkeligheten opprettholde symptomene. For eksempel vil tankefortregning, brukt for å unngå uønskede minner, føre til økte påtrengende gjenopplevelser. I behandlingssammenheng sier denne modellen at traumatiske minner må integreres i pasientens erfaring. Dysfunksjonell tilnærming, mistilpasset atferd, og kognitive mestringsstrategier må endres(Ehler og Clark, 2000).

7. POSTNATAL PTSD

7.1 klinisk bilde

Flere kasustikker og kvalitative studier har beskrevet den kliniske hverdagen for kvinner som lider av postnatal PTSD. Disse kvinnene lider av symptomer som kan kategoriseres i diagnosekriterium B, C, OG D i DSM-IV(se vedlegg 1).

Intrusjon (B)

Mødre som erfarer PTSD etter en fødsel, blir natt og dag bombardert med fryktelige mareritt og flashbacks fra den traumatiske fødselsopplevelsen. Flere kvinner føler det som om de har en video med automatisk replay inplantert i hjernen(Beck, 2004 b).

En kvinne uttrykte det på denne måten:” *Jeg hadde mareritt om at legen min var en voldtektsforbryter som banket på døra Jeg trodde at da sønnen min ble født, hadde legen revet av han hodet*”(Beck, 2004 b, s. 219).

Selv 9 år etter en traumatisk fødselsopplevelse, hadde en kvinne forstyrrende, påtrengende minner og mareritt fra fødselsopplevelsen. Inntil et år etter hendelsen hadde hun påtrengende gjenopplevelser av fødselen, etterfulgt av angst og panikkanfall, og hun kunne drømme at hun døde under fødselen(Fones, 1996).

Ballard rapporterte om en kvinne som opplevde påtrengende uhyggelige gjenopplevelser av sin traumatiske fødsel. De kunne vare flere timer hver dag. Da hun så på sitt velskapte 9 måneder gamle barn, kunne hun bare se et lik med hvitt voksaktig ansikt.

En annen kvinne i samme studie rapporterte å ha marerittlignende drømmer som vekket henne tidlig hver morgen. En tredje kvinne hadde gjennomgått et keisersnitt med inadekvat smertelindring. I etterkant opplevde hun tilbakevendende bilder fra opplevelsen. Hun kunne stå ved kjøkkenbenken og gjenoppleve operasjonen igjen og igjen. Hun hadde mareritt, der hun drømte at kirurgen sto over henne, klar til å sette kniven i henne mens hun ropte for å få han til å stoppe(Ballard et al, 1995).

Unnvikelse/ følelsesmessig nummenhet (C)

Kontinuerlige unntvikelssymptomer, indikerer et forsøk på å holde sterke følelser og minner under kontroll. Dette kan forringe kvinnens muligheter til å snakke om og bearbeide fødsels-traumet, og kan føre til sosial isolasjon. Videre kan dette gjøre det vanskelig for kvinnen å motta profesjonell hjelp og støtte fra venner og familie(Creedy et al, 2000). Kvinner med postnatal PTSD, forsøker derfor å unngå alt som kan minne dem om den traumatiske fødselsopplevelsen.

-Seksuell unngåelse, frykt for graviditet/ny fødsel

En kvinne med postnatal PTSD klarte ikke å gjenoppta seksuallivet med sin mann etter en traumatisk fødsel, fordi en hver form for seksuell aktivitet førte til at hun gjenopplevde smerten og stresset hun erfarte under den traumatiske fødselen(O`Driscoll, 1994).

En annen klarte ikke å ha et seksuelt forhold til sin partner det første året etter fødselen. Da hun endelig klarte å ha sex med sin partner, var hun ekstremt bekymret for å bli gravid igjen tross for bruk av prevensjon(Fones, 1996).

I en studie av 617 førstegangsfødende, fant Gottwall og Waldenstrøm(2002) , at kvinner med en traumatisk fødselsopplevelse, ventet lenger til de fikk neste barn, og fikk færre barn enn de som ikke hadde en traumatisk fødselsopplevelse med det første barnet. Denne studien viser at opplevelsen fra den første fødselen har konsekvenser for framtidig reproduksjons atferd.

I Becks kvalitative studie av kvinner med postnatal PTSD var det flere av kvinnene som strevde med spørsmålet om de skulle ha et nytt barn eller ikke. Ønsket om et nytt barn ble satt opp mot frykten for å bli traumatisert på nytt. Noen valgte sterilisering, mens andre valgte en ny graviditet. Av 38 kvinner som deltok i studien, ble 16 gravide på nytt. Under denne graviditeten var mødrene livredde for å måtte gjenoppleve traumet fra forrige fødsel.

To mødre opplevde den påfølgende graviditeten som en positiv opplevelse. En av dem uttrykte det på denne måten: *"Min andre graviditet og fødsel hjalp meg til å komme over min første traumatiske opplevelse, denne fødsels opplevelsen har gitt meg styrke og tro på at jeg kan klare mange nye ting"* (Beck, 2004 b, s. 222).

Mange kvinner krever et planlagt keisersnitt ved senere graviditeter, i et forsøk på å forhindre re traumatisering ved en ny fødsel. (Ryding, 1991; 1993).

Tokofobi er nå gjenkjent som en urimelig redsel for barnefødsel, og det er postulert i studier at sekundær tokofobi kan oppstå etter en traumatisk fødselsopplevelse(Hofberg og Brockington, 2000; Hofberg og Ward, 2004).

Ryding fant i sin studie at en del av de kvinnene som ønsket et planlagt keisersnitt hadde hatt tidligere traumatiske fødsler med intens smerte, og/ eller manglende støtte fra personalet.

Noen av kvinnene var redd for å miste barnet. Disse kvinnene hadde opplevd alvorlige fødselskomplikasjoner tidligere, der mange hadde endt med et akutt keisersnitt(Ryding, 1993).I en prospektiv studie ble det funnet at blant 28 førstegangsfødende som ønsket keisersnitt ved neste fødsel, hadde alle traumatiske minner fra den første fødsel. Hos 50 % av disse kvinnene hadde fødselen endt i et akutt keisersnitt(Ryding et al, 1997).

-Mor- barn relasjonen

"Jeg så barnet mitt for første gang da han var 20 timer gammel, og han kunne like gjerne ha vært noen annen sitt barn. Dette gjorde meg veldig forskrekket; jeg viste ikke instinktivt hvilket barn som var mitt"(Crompton, 2003).

Det er gjort svært lite forskning på de tidlige samspillet mellom mor og barn når det gjelder kvinner med postnatal PTSD, men det er å tro at problemer relatert til morsrollen er en del av bildet(Bailham og Joseph, 2003).

Det lille barnet er en konstant påminnelse om den traumatiske hendelsen, og mange mødre vil ha så lite kontakt med det som mulig, og unngår dermed å knytte seg til det.

I Ballard et al(1995) sin kasustikk, følte en av kvinnene at barnet ikke var hennes. Hun la all skyld på barnet for den situasjonen hun nå hadde havnet i, og unngikk dermed all kontakt siden det resulterte i påtrengende gjenopplevelser. Hun følte at hun hatet barnet og hadde lyst til å riste det. En annen kvinne i samme studie følte at når hun så sitt eget eller andres barn, gav det henne påtrengende tanker, angst og panikk. Hun klandret barnet for alt hun hadde vært i gjennom, og unngikk enhver form for kontakt med barnet.

I en annen kasustikk ble det framhevet hvordan en kvinne med postnatal PTSD ble veldig irritabel og uengasjert i sine barn, og følte seg ofte redd og engstelig(Weaver, 1997).

Studier som har sett på foreldrerollen hos deprimerede mødre i interaksjon med sine barn, viser en redusert emosjonell involvering, forringet kommunikasjon, lite respons på barnet, og demonstrerer mors reduserte synkronitet med barnet”(Field et al, 1990).

Barn av deprimerede mødre har en økt risiko for å utvikle psykiatiske problemer og atferdsforstyrrelser(Billings og Moos, 1986).

I en metaanalyse av foreldrerollen hos deprimerede mødre, ble det funnet at irritabel, kritiserende, og tvangspreget foreldreatferd var mest assosiert med problemer hos barna. Problemene var ikke nødvendigvis knyttet til depresjonen i seg selv, men mer til det generelle stressnivået hos mor(Lovejoy et al, 2000).

I mangel på studier av mødre med PTSD, blir det bare en hypotese å foreslå at et lignende bilde kan sees i mor barn relasjonen hos denne pasientkategorien.

-Sosial isolasjon

Kontinuerlige unnvikelsessymptomer kan indikere et forsøk på å holde vonde følelser og minner borte fra bevisstheten. Dette kan forringe kvinnens muligheter til å snakke om, og bearbeide fødselstraumat. I verste fall kan dette føre til sosial isolasjon, og kan gjøre det vanskelig å motta profesjonell hjelp og støtte fra venner og familie(Creedy, et al, 2000). PTSD kan føre til at mødre isolerer seg helt fra andre mødre med babyer.

En mor avtalte alltid time hos helsesøster 15 minutter før helsestasjonen åpnet slik at hun kunne unngå å treffe andre mødre(Beck, 2004 b).

- Følelsesmessig nummenhet

Traumatisert av sin fødselsopplevelse, føler mange kvinner at de er en skygge av seg selv. Nummenheten, og av og til erfaringen av å være dissosiert, kan starte rett etter fødselen. En kvinne beskrev det på denne måten: ” *Jeg følte meg fullstendig nummen i hele kroppen. Det føltes som om hodet mitt fløy høyt over kroppen, og jeg måtte kjempe for å få det ned på skuldrene igjen*”(Beck, 2004 b, s. 220).

Denne nummenheten fortsetter etter hjemkomst, og flere kvinner har uttalt at de har en følelse av å være død emosjonelt, og at de har store problemer med å føle noen form for glede. Dette er med på å forringe et allerede svært skjørt forhold mellom mor og barn(Beck, 2004 b).

Økt aktivering (D)

Sinne er en vanlig reaksjon hos kvinner med postnatal PTSD.

Kvinnene i en kasustikk, opplevde alle en eller annen form for økt oppfarehet og hissighet. En av dem beskrev seg selv som en vandrende tidsinnstilt bombe, hun følte seg så gira at hun kunne eksplodere når som helst.

En annen av kvinnene rettet alt sitt sinne mot personalet på fødeavdelingen og de mulige feil som kunne ha blitt gjort under fødselen.

En tredje kvinne kunne ikke lese eller se noe på TV som minnet henne om spedbarn, uten å bli sint og få angst. Tanken på barnefødsler fylte henne med avsky, og gjorde henne fysisk uvel. Hun følte for å slå jordmoren som hadde vært tilstede under fødselen (Ballard et al, 1995).

Som bemerket overfor, rettes sinnet disse kvinnene føler i mange retninger; mot seg selv, familie medlemmer og helsepersonell. Ofte kan forholdet til partner dyttes til den ytterste grense.

En kvinne strevde med spørsmål som dette: ”*Hvordan kunne jeg la dette skje? Hvorfor stolte jeg på legene? Hvordan kunne jeg være så dum?*” (Beck, 2004, s.221 b).

Andre rapporterte symptomer på økt reaktivitet i studier er; svetting, skjelving og søvn forstyrrelser (Fones, 1996; Moleman et al, 1992).

8. RISIKOFAKTORER/MEDVIRKENDE FAKTORER

8,1 Prenatale risikofaktorer

- Forventninger

Under graviditeten vil en kvinne utvikle håp og frykt for den kommende fødselen. Dette er noe som vil påvirke hennes reelle fødselsopplevelse på godt og vondt. Kvinnens forventninger er påvirket av hennes tidligere livserfaring, hennes mors og venners fødselsopplevelse, og av media (Maggioni et al, 2006).

Hvis der oppstår en diskrepans mellom forventningene til fødselen og den aktuelle opplevelsen, kan det påvirke kvinnens følelser, og i verste fall resultere i utvikling av traumesymptomer (Quine et al, 1993).

I en prospektiv studie ble det funnet at kvinner som forventet mye smerte, var mer tilbøyelig til å oppleve fødselen som traumatisk (Soet et al 2003).

Kvinner med svært positive forventninger, kan ha en sterkere smerteopplevelse, være mer misfornøyd og ha en høyere PTSD incidens. Disse kvinnene er ofte urealistiske og kan føle seg uforberedt hvis det uventede skjer (for eksempel et akutt keisersnitt), (Crowe; von Baeyer, 1989).

Noen kvinner har negative forventninger til den kommende fødselen, og er redd den vil ende i en katastrofe. For dem kan fødselen bli assosiert med frykt for å miste barnet eller at det skal bli alvorlig skadet. De vil også frykte for seg selv og sitt eget liv (Wijma et al, 1997).

I en kvalitativ studie av 20 kvinner med en traumatisk fødselsopplevelse, beskriver 15 av kvinnene at deres forventninger til fødselen ikke var innfridd og at det uventede førte til følelser av ikke å ha kontroll, noe som igjen kunne føre til utvikling av PTSD (Allen, 1998).

En prospektiv studie av 1111 kvinner, viste at kvinner med positive forventninger til fødselen tidlig i graviditeten, hadde en mer positiv opplevelse av fødselen (Waldenstrøm, 1999).

Ikke møtte forventninger om å ivareta ens egen kontroll under fødselen har blitt assosiert med en dårlig fødselsopplevelse (Green; Baston, 2003).

I en studie, ble det testet en hypotese om at en forventning om en spesiell type fødsel påvirker utvikling av PTSD postnatalt. Håpet om ”en rask fødsel”, var den ideelle måten å føde på for flergangsfødende. Det er tenkelig at disse kvinnene er mer mottakelige for hendelsen. Den ideelle fødselen som ”rask uten smerte”, ble valgt av 1/3 av kvinnene i gruppa. En tredje

gruppe valgte "en naturlig fødsel" som det ideelle. I dette lå det to forskjellige meninger: På den ene siden ble dette tolket som å ha kontroll, ved selv å kunne bestemme tid og stilling. På den andre siden, ble dette tolket som å bli tatt vare på av et kompetent og tillits skapende personell. Disse forventningene påvirker ikke direkte utviklingen av PTSD, men er et uttrykk for angstnivået som igjen påvirker utvikling av traume symptomer og PTSD(Maggioni et al,2006)

Grays nevrologiske teori om angst, viser til at angstnivået øker hvis virkeligheten ikke stemmer med forventningene(Gray, 1994).

-Tidligere traume

Et diagnostisk kriterium for PTSD i følge DSM-IV, er gjenopplevelsen av traumet hvis man blir utsatt for noe som minner om det(APA, 1994).

I en kvalitativ studie av fødselserfaringer hos kvinner som tidligere var blitt utsatt for et seksuelt overgrep, bemerket kvinnene at fødselsopplevelsen minnet dem om overgrepet. Noen kvinner fortalte at kobling til iv. tilførsel og CTG monitorering, ga dem assosiasjoner om å bli bundet fast. Kommentarer fra personalet som:" ut med beina", "samarbeid" og "vær snill jente", lignet på de som ble brukt av overgriperen(Rhodes and Hutchinson,1994).

I en annen studie fortalte en tidligere misbrukt kvinne at da hun følte det enorme trykket av barnets hode mot skjedeveggen i utdrivningsfasen, følte det på samme måte som da en voksen penis presset seg inn i henne som barn. Hun gjenopplevde traumet fra barndommen og klarte ikke å presse barnet ut(Rose,1992).

7 av 20 kvinner i en kvalitativ studie, bemerket at de under fødselen ble minnet om en tidligere traumatisk hendelse. De fleste ble minnet på en tidligere traumatisk fødsel, mens en kvinne ble minnet på farens død.(Allen,1998).

I en annen studie ble det funnet at kvinner som hadde opplevd et tidligere seksuelt traume, hadde 12 ganger så stor sannsynlighet for å oppleve en fødsel som traumatisk, sammenlignet med kvinner uten et slikt traume i sykehistorien. Av de 6 kvinnene i studien som rapporterte et seksuelt traume, opplevde 4(67 %) fødselen som traumatisk, og 2(33 %) utviklet symptomer på posttraumatisk stress(Soet et al,2003).

Selv om denne studien er liten, underbygger den tidligere litteratur som bemerker viktigheten av at helsepersonell kartlegger tidligere traumatiske hendelser hos en gravid kvinne. Disse bør får spesiell oppfølging pre-, peri-, og postnatalt, da de lett kan bli retraumatisert og utvikle nye symptomer på posttraumatisk stress(Rhodes og Hutchinson, 1994).

-Tidligere psykiatrisk historie/psykososiale problemer

I en finsk studie ble det funnet en positiv korrelasjon mellom tilstedeværelsen av en PTSD profil hos kvinnene i studien, og tidligere å ha mottatt en eller annen form for psykiatrisk/psykologisk intervensjon. Årsaken til dette kan være at erfaringen med å ha mottatt psykiatrisk/psykologisk intervensjon, signaliserer en generell psykologisk sårbarhet. Under en fødsel vil en slik sårbarhet medføre at disse kvinnene kommer i en situasjon som er; "mer enn de kan takle" og derfor vil oppleve fødselen som traumatisk(Wijma et al,1997). Dette betyr at en stressfaktor av en mindre alvorlighetsgrad kan føre til utvikling av PTSD symptomer hos predisponerte individer.

En annen forklaring kan være at det å ha mottatt psykiatrisk/psykologisk intervensjon tidligere i livet, signaliserer en svakhet i vellykkede mestrings strategier generelt, noe som kommer tilsyne under en belastende fødsel(Barlow.1988).

En siste forklaring kan være at noen kvinner allerede hadde PTSD pga andre traumer enn fødselsopplevelsen, og dette gjør dem mer sårbare under den aktuelle fødselen.(Breslau, 1991).

Wijma et al anbefaler på bakgrunn av sine funn at det blir foretatt en screening av alle gravide kvinner for tidligere psykiatrisk sykdom, dette for lettere å identifisere kvinner med risiko for å utvikle PTSD postnalt, og tilby dem et ekstra oppfølgings opplegg (Wijma et al, 1997). I en annen studie ble det også funnet en sammenheng mellom utvikling av postnatal PTSD og tidligere psykiatriske problemer. Denne sammenhengen ble bare funnet hos de med normale forløsninger (Søderquist et al, 2002).

Når det gjelder andre psykososiale faktorer som angst, nevrotisme, og dårlig mestring er det ikke vist en sammenheng mellom disse og utvikling av PTSD, men med opplevelsen av fødselen som traumatisk og utvikling av posttraumatiske stress symptomer (Ayers,2004).

I en studie ble nevrotisme som en personlig sårbarhetsfaktor, satt i sammenheng med posttraumatiske stress symptomer hos førstegangs fødende (Lyon, 1998).

Angst som karaktertrekk er studert i flere fødselsrelaterte studier, og en assosiasjon er funnet mellom angst som karaktertrekk og utvikling av posttraumatiske stress symptomer. Czarnocka og Slade(2000), rapporterte en sammenheng mellom angst som karaktertrekk målt rett etter fødselen, og posttraumatiske stress symptomer.

I to andre studier ble dette målt før fødselen. En studie rapporterte en sammenheng(Soet et al, 2003), og en studie fant ingen sammenheng(Creedy et al, 2000).

Keogh et al(2002) fant i sin studie at angstsensitivitet som er satt i sammenheng med frykt for angstrelaterte episoder, er assosiert med posttraumatiske stress symptomer . Dette styrker beviset for en sammenheng mellom angst som karaktertrekk og posttraumatiske stress symptomer.

-Andre prenatale faktorer

I sin studie av 1640 kvinner, fant Wijma et al at det var statistisk flere førstegangs fødende i PTSD- profil gruppen, sammenlignet med ikke PTSD- profil gruppen (Wijma et al, 1997).Dette forklarer de med en eksponeringseffekt, som indikerer at kvinner har bedre mestringsstrategier etter å ha født barn. En annen forklaring kan være at de som har hatt en tidligere traumatisk fødselsopplevelse, er mindre tilbøyelig til å bli gravid igjen, og vil derfor ikke være med i studien(Wijma et al 1997).Andre studier har ikke kunnet finne en sammenheng mellom det å være førstegangs fødende og utvikling symptomer på posttraumatisk stress(Creedy et al, 2000; Czarnocka og Slade, 2000).

Lav sosioøkonomisk status, er i studier blitt assosiert med utvikling av posttraumatiske stress symptomer, med ikke med postnatal PTSD. Andre demografiske faktorer, som sivilstatus og utdanningsnivå, spiller en svært liten rolle siden det er studier som ikke finner en assosiasjon mellom disse og utvikling av posttraumatiske stress symptomer(Lyon, 1998).

8.2 Perinatale risikofaktorer

-Smerte

”Jeg trodde jeg skulle dø. Smerten kom fra hårrøttene, jeg bare følte den komme og komme...Det var grusomt, og det var ingenting jeg kunne gjøre” (Allen, 1998, s. 15)

Ukontrollerbar smerte er blitt postulert som et av kjernetraumene i utviklingen av PTSD i generell traumelitteratur(Scheiber og Galai, 1993).

Smerte ved en fødsel er en veldig vanlig erfaring, og ikke nødvendigvis assosiert med utvikling av posttraumatiske stress symptomer.

I en studie ble smerteopplevelsen i 1.stadium av fødselen(åpningsfasen) relatert til en opplevelse av fødselen som traumatisk, mens smerteopplevelsen i 2.stadium(utdrivningsfasen) hadde sammenheng med utvikling av posttraumatiske stress symptomer(Soet et al,2003).

To andre studier som så på smerte som risikofaktor ved utvikling av postnatal PTSD, rapporterte at opplevelsen av smerte under en fødsel økte følelsen av stress, og økt stressbelastning kan igjen føre til utvikling av posttraumatiske stress symptomer(Czarnocka and Slade, 2000; Lyons, 1998).

I en kasustikk beskrives en kvinne med postnatal PTSD etter en lang og vanskelig fødsel.. Hun fikk ikke adekvat smertelindring og opplevde selv fødselen som ”16 timers sammenhengende marerittlignende tortur” I etterkant var det den grusomme smerteopplevelsen som var mest levende for henne, og som ga henne de verste gjenopplevelsene(Fones, 1996).

Ti av kvinnene i Allens kvalitative undersøkelse av 20 kvinner med en traumatisk fødselsopplevelse, beskrev fødselssmerten så ille at de opplevde den som livstruende(Allen, 1998)

I en svensk studie ble det funnet at både smerte og bruk av farmakologisk smertestillende, var relatert til en negativ fødselsopplevelse, og at kvinner som spurte etter epidural analgesi, hadde et høyere angstnivå enn de som ikke ønsket slik smertelindring(Waldenstrøm et al,2004).

I en annen studie er intensiteten og varigheten av postnatal smerte assosiert med utvikling av PTSD(Creedy et al,2000).

To kasustikker har sett på postnatal smerte, I den ene ble det rapporterte tre av de fire kvinnene å ha kraftig smerte postnalt, som ikke ble tilfredsstillende lindret(Ballard et al,1995). I den andre studien ble det rapportert at en traumatisert kvinne hadde betraktelige smerter i perineum etter en tang forløsning (Fones,1996) .

Selv om postnatal smerte er et forbigående fenomen, kan det oppleves overveldende og føre til en følelse av hjelpsløshet, lite energi, forstyrret søvn og bekymring(Korrf and Simon, 1996).

Disse studiene viser at nivået av stress som skyldes opplevelsen av smerte kan føre til utvikling av posttraumatiske stress symptomer, fram for graden av smerte.

Å oppleve smerte behøver ikke å gi psykiske ettervirkninger, men det kan føre til at fødselen blir oppfattet som en traumatisk opplevelse med negative konsekvenser(Olde et al 2006).

I sitt litteratursammendrag anbefaler de en mer grundig forskning på fødselssmerten. Det må kartlegges hva smertens rolle og tolkningen av den har å si for utvikling av posttraumatiske stress symptomer.

-Obstetrisk intervensjon

I en prospektiv longitudinell studie ble det funnet en klar sammenheng mellom nivå av obstetrisk intervensjon og utvikling av akutte traumatiske symptomer postnalt.

Det å oppleve et akutt keisersnitt, var den sterkeste medvirkende årsak til utvikling av akutte traumesymptomer(Creedy et al,2000).

Det har i tidligere studier vært foreslått at keisersnitt bare er traumatisk når det er utført som en akutt prosedyre, og at et planlagt keisersnitt ikke fører til utvikling av slike symptomer.(Chamberlain , 1993). Selv om et planlagt keisersnitt gir redusert stressnivå ved planlegging og forberedelser, kan det føre til bekymringer og resultere i en smertefull rekonvalesens for kvinnen. To av de 38 kvinnene i Creedy et al(2000) sin studie som fikk

utført et planlagt keisersnitt, utviklet akutt posttraumatisk stresslidelse. Begge var flergangsfødende og ønsket keisersnitt for å unngå å oppleve den intense smerten igjen. Dette understreker tidligere studier som konkluderer med at kvinner foretrekker keisersnitt for å unngå å oppleve mer traume ved fødsel og forløsning.

I sin studie sier Robinson(1997) at kvinner ønsker keisersnitt fordi tidligere fødselsopplevelser var traumatiske og smertefulle og opplevelsen av omsorg var mangelfull.

Reynolds(1997), foreslår at kvinnes ønske om et planlagt keisersnitt eksemplifiserer en unnnvikelses atferd som er typisk for uløste traumatiske hendelser. Han sier videre at ved utvikling av mot og tillit, kan noen av disse kvinnene føde vaginalt. Dette kan virke som en type atferdsterapi. Hvis en kvinne kan ha en positiv fødselsopplevelse etter en traumatisk, kan det oppleves terapeutisk.

Flere studier utført av Ryding et al har hatt fokus på keisersnitt og de psykiske ettervirkninger. Kvinner som fikk utført et akutt keisersnitt hadde flere symptomer på akutt stress enn de som fikk utført et planlagt keisersnitt(Ryding et al,1998).

I en studie av 25 kvinner, opplevde 19 av dem det akutte keisersnittet som traumatisk. 13 av disse fikk symptomer på posttraumatisk stress, og 8 av disse hadde påtrengende stresssymptomer en til to måneder senere (Ryding et al,1997). En negativ følelse overfor personalet, tidligere negative opplevelser som pasient, og et dårlig forhold til partner ble identifisert som predisponable psykologiske faktorer for disse påtrengende symptomene(Ryding et al,1998, 2000).

I en studie av nigerianske kvinner med postnatal PTSD, fant Adewuya et al(2006) at akutt obstetrisk intervensjon var signifikant assosiert med PTSD. Dette var gjeldende for både akutt keisersnitt og annen instrumentell forløsning.

Traumatiske opplevelser ved vakuump- og tang forløsning, er sjeldent nevnt i litteraturen, som tenderer til å fokusere på forløsning ved keisersnitt. Instrumentell forløsning er en akuttprosedyre, i respons på dårlig framgang eller føtalt stress, og kan oppleves som svært traumatisk. En kvinne i en studie som ble forløst med vakuump, beskrev opplevelsen som om: "hun ble revet i stykker"(Creedy et al,2000).

I en studie av 205 kvinner forløst med vakuum, rapporterte 20 % å ha opplevd fødselen som traumatisk. Undersøkelsen ble avsluttet få dager etter fødselen, og det er ikke kjent hvor mange av disse kvinnene som senere utviklet symptomer på PTSD. Fysiologiske faktorer relatert til den traumatiske fødselsopplevelsen var: utilfredsstillende smertelindring og en vanskelig utdrivningsfase. Andre medvirkende faktorer var: manglende støtte rett etter forløsningen, opplevelsen av ikke å bli hørt, og inadekvate fødselsforberedende kurs (Uotila et al, 2005).

Andre obstetriske faktorer som lang varighet av fødsel og stort blodtap er i studier bare assosiert med en traumatisk fødselsopplevelse, og ikke med utvikling av traumatiske stress symptomer eller postnatal PTSD(Ayers, 2004).

Flere studier har ikke funnet en sammenheng mellom obstetrisk intervensjon og utvikling av posttraumatiske stress(Lyons,1998;Skari et al 2002;Wijma et al,1997;Maggioni et al,2006). I sitt litteratursammendrag, mener Olde et al at det må være andre faktorer enn de obstetriske som er ansvarlig for utvikling av symptomer på PTSD (Olde et al 2006 En forklaring på dette er at keisersnitt og instrumentelle forløsninger har en traumatisk effekt på grunn av den assosierte opplevelsen av dårlig omsorg fra personalet(Maggioni et al ,2006). Selv om instrumentelle forløsninger og forløsninger med keisersnitt er sterkere assosiert med posttraumatiske stresssymptomer, er også normale vaginale forløsninger assosiert med disse symptomene(Søderquist et al, 2002).Dette betyr at andre faktorer må være tilstede i tillegg. Faktorer som dårlig kommunikasjon med personalet, tidligere negative opplevelser som

pasient, og et dårlig forhold til partner, er alle assosiert med posttraumatisk stress etter akutt keisersnitt, men er også funnet etter vaginale forløsninger.(Ryding et al 1998, 2000)

Olde et al(2006), foreslår at objektiv obstetrisk intervensjon kan bli traumatisk under visse omstendigheter. I en studie av prediktorene for en traumatisk fødsels opplevelse, var en karakteristikk av hendelsen en mer fremtredende faktor enn psykologiske faktorer som sosial støtte, tidligere seksuelt misbruk og forventninger om smerte. Da det ble sett på prediktorene for utvikling av posttraumatisk stress symptomer, var de psykologiske sårbarhetsfaktorene mer fremtreden(Soet et al,2003).

Dette kan bety at obstetrisk intervensjon spiller en rolle for opplevelsen av en fødsel som traumatisk, men at andre og mer personlige og subjektive faktorer har en større rolle i tillegg ved utvikling av PTDS (Olde et al,2006).

Dette blir understreket i en annen studie som sier at intrapartum variabler kan være assosiert med en traumatisk fødselsopplevelse og akutt stresslidelse, men at denne assosiasjonen forsvinner over lengre tid(Maggioni et al,2006).

-Kontroll, og tap av kontroll

”Jeg trodde de visste hva som var riktig og at de ville være der hvis noe gikk galt. Det var min første feil. De viste ikke og de var der ikke. Jeg tror bestemt at min PTSD skyldes maktesløshet og tap av kontroll over hva disse menneskene gjorde mot min kropp”(Beck, 2004 b,s.33).

Mange studier har vist at det å ha en følelse av kontroll er en viktig medvirkende årsak til en kvinnes fødselsopplevelse og til hennes psykiske helse postnatalt.

Forskning viser at kvinners følelse av økt kontroll under en fødsel, er assosiert med mindre bruk av smertelindring, høyere grad av tilfredshet, og god emosjonell helse etter fødselen(Green et al, 1990).

Green og Baston så i sin studie på forskjellige typer kontroll, og på hvordan de påvirket kvinners fødselsopplevelse.

De skilte mellom ekstern kontroll (kontroll over hva som blir gjort med deg) og intern kontroll(kontroll over kroppen din og kontroll over oppførselen din).

De konkluderte med at alle typer av kontroll er viktige for fødende kvinner, og medvirker til deres psykologiske velvære postnatalt.

Omsorgspersoner har en unik mulighet til å utgjøre den store forskjellen i en kvinnes fødselserfaring. Måten kvinnen blir møtt på når det gjelder å oppnå adekvat smertelindring, vil påvirke den interne kontrollen. Måten kvinnen føler hun blir tatt vare på og blir hørt, påvirker den eksterne kontrollen. Begge medvirker til emosjonell velvære og til å forebygge at opplevelsen av fødselen blir traumatisk(Green og Baston, 2003).

Psykologiske forskningsstudier har vist at følelsen av økt kontroll fører til mindre fysisk stress og angst(Ayers, 2004).

Følelsen av å ha kontroll under en fødsel, gjør frykten for seg selv og barnet mindre, og det øker smertetoleransen. Å maksimere kvinners opplevelse av kontroll under en forløsning, kan bidra til forebygging av posttraumatiske stress symptomer(Czarnocka og Slade, 2000).

I Allens kvalitative studie av 20 kvinner med en traumatisk fødselsopplevelse, beskrev alle kvinnene at de under fødselen hadde opplevd en intens følelse av ikke å ha kontroll. Faktorer som bidro til denne følelsen var: frykten for at barnet skulle skades, smerte eller inadekvat

smertelindring, tidligere traumatiske opplevelser, og et lite imøtekommende personale. Kvinnene forsøkte å skaffe seg kontroll ved å søke kunnskap og forståelse hos partner og personale(Allen, 1998).

I en annen studie ble det funnet at en følelse av å ha kontroll under fødselen, var en viktig beskyttelse faktor mot utvikling av postnatal PTSD(Lyon, 1998).

Czarnocka og Slade(2000), fant at kvinner med symptomer på PTSD, hadde en kraftig tilbøyelighet til å føle at de hadde lite kontroll under fødselen.

-Forholdet til personalet/ sosial støtte

Et lavt nivå av støtte fra helsepersonell eller partner, er assosiert med å oppleve fødselen som traumatisk og utvikle symptomer på posttraumatisk stress(Ayers, 2004).

Kvinner som opplever partners (eller støttepersons) medvirkning under fødselen som skuffende, eller som ikke vil snakke om fødselen med støtte personer, er mer tilbøyelig til å være misfornøyd med opplevelsen, og rapportere akutte traumesymptomer(Creedy et al, 2000).

Noen menn har liten erfaring med et medisinsk miljø, og blir forstyrret, distansert og redd når de ser sin partner i slik smerte(DiMatteo et al 1993). Effekten av et fødselstraume på den mannlige partner, er ofte ikke tatt med i betraktning i litteraturen.

Når et individ er vitne til at et annet lider, kan det emosjonelt oppleves som om det var individet selv som led. Sekunder traumatisk stress kan utløses av bekymring for en annen som opplever primært traumatisk stress(Figley, 1986) Dette kan være tilfelle hos en partner under en fødsel.

Å føde uten partner er assosiert med utvikling av posttraumatisk stress symptomer i en studie.

Årsakene til dette er foreslått å kunne være: partneren hjelper kvinnen til bruk av relevante mestringsstrategier, og dermed vil deres fravær gjøre kvinnen dårligere til å mestre. En annen foreslått årsak er at ved partners fravær har kvinnen ingen mulighet til å snakke gjennom opplevelsen med noen som virkelig har vært tilstede under hele forløpet. Dette fjerner kvinnens mulighet til emosjonell debriefing rett etter fødselen(Czarnocka og Slade, 2000).

Personal-pasient interaksjonen er et viktig aspekt i fødsels prosessen, og personalet har et stort ansvar i å veilede kvinnen gjennom en fysisk så vel som psykisk meget krevende hendelse Olde et al, 2006).

Negative aspekter ved personal-pasient interaksjonen er funnet å være relatert til posttraumatiske stress symptomer og PTSD.

I sin kvalitative studie intervjuet Beck(2004, a) kvinner som hadde opplevd en traumatisk fødsel." Redusert omsorg i en sårbar fase", var et av temaene som gikk igjen hos kvinnene. De følte seg oversett og forlatt alene, strippet for verdighet og at personalet hadde manglende interesse for dem som en unik person.

En kvinne uttrykte det på følgende måte:" *Fødselshjelpen har skadet meg dypt inn i sjela og jeg har ikke ord som kan beskrive det jeg opplevde. Jeg følte meg voldtatt og min verdighet ble tatt fra meg*"(Beck, 2004 a, s.32).

Mange av kvinnene følte at kommunikasjonen foregikk over deres hode, som om de var usynlig. Her er et utdrag fra en historie fra en av kvinnene i Becks studie:

"Etter en time med forsøk på å forløse barnet med vakuum, sa legen at det var for sent med et akutt keisersnitt. Babyen satt dønn fast! Fra nå av oppførte legene seg som om jeg ikke var til stede, og den ene sa: Vi kan ha mistet dette fordømte barnet! De diskuterte mitt barns mulige død rett foran meg som om jeg var usynlig"(Beck, 2004 a, s.33).

I en studie av Wijma et al (1997), opplevde gruppen med en PTSD profil at kontakten med personalet under fødselen var dårligere enn gruppen uten PTSD profil. Mulige forklaringer på dette kan være: Selektiv bearbeiding, og en nedsatt oppmerksomhet pga et høyt angstnivå dvs. en økt tilbøyelighet til å oppfatte en liten trussel som mer alvorlig enn den virkelig er.

En annen forklaring kan være at kvinner med posttraumatiske stress symptomer og PTSD lager eksterne tilleggelseser til den traumatiske hendelsen. Dette kan føre til økte beskyldninger mot personalet som var til stede.

En tredje forklaring kan være at kontakten med personalet virkelig er mangelfull og derfor medvirker til den traumatiske opplevelsen(Wijma et al, 1997).

De fant videre ut at det var ingen forskjell i hvordan de to gruppene av kvinner oppfattet kontakten med personalet på barsel, antageligvis fordi de ikke var til stede da den traumatiske hendelsen fant sted(Wijma et al, 1997).

-Dissosiasjon/ peritraumatiske emosjoner

”Etter at barnet var født, ville jeg ikke være her lengre, så jeg forlot kroppen min og dro opp i taket. Jeg så deg, og jeg visste at du ville jeg skulle komme tilbake til barnet mitt”(Kennedy og MacDonald, 2002).

Denne kvinnen beskrev senere en smertefull historie med skuffelser, tap og traumatiske fødsler under sin tid som flyktning.

Graviditet og fødsel er sterke erfaringer som kan skape kroppslige reaksjoner som kvinnen klarer å kontrollere, eller oppleves å være utenfor hennes kontroll.

Umiddelbare følelsesmessige reaksjoner som dissosiasjon, ekstrem angst, og panikk erfart under eller umiddelbart etter et traume, kan være kraftige prediktorer på kommende PTSD symptomer(Bernat et al,1998).

Peritraumatisk dissosiasjon er dissociative symptomer som oppstår under eller kort tid etter eksponering for ekstreme hendelser, og inkluderer akutte endringer i kognitive og persepsjonelle funksjoner under hendelsen.

Traumatiserte pasienter rapporterer ofte endringer i oppfattelsen av tid, sted og person, og har en følelse av uvirkelighet(Marmar et al, 1998).

Peritraumatisk dissosiasjon involverer både psykiske og somatiske fenomener.

Psykisk dissosiasjon refererer til dissociativ amnesi og identitetsfragmentering, og kan involvere depersonalisering og derealisering.

Somatisk dissosiasjon refererer til symptomer som involverer kroppslige funksjoner..

Eksempler er: å ikke klare å snakke eller bevege seg og anestesi for varierende sansekvaliteter som manglende smertefornemmelse, tunnel syn, og kroppsnummenhet(taktil og kinetisk nummenhet) (Nijenhuis et al, 2001).

I en metaanalyse av Ozer et al(2003), har forfatterne sett på på prediktorer for PTSD ved varierende traumer, dog ikke fødselsrelatert traume. Her ble peritraumatisk dissosiasjon funnet å være den kraftigste prediktor for PTSD. Peritraumatisk dissosiasjon ble sammenlignet med andre prediktorer som; tidligere traume, tidligere psykologisk intervensjon, psykopatologi i familien, reell livs trussel under traumet, posttraumatisk sosial støtte og peritraumatiske emosjonell respons.

I en annen metaanalyse ble peritraumatisk dissosiasjon funnet som den nest kraftigste prediktoren for PTSD. Den kraftigste prediktoren i denne studien, var peritraumatisk

emosjonell respons. Slik emosjonell respons kan være intens frykt, hjelpsløshet, tap av kontroll og skrekk(Brewin et al, 2000).

Flere studier har sett på sammenhengen mellom peritraumatisk dissosiasjon og peritraumatisk emosjonell respons. Bernat et al(1998), rapporterte at forholdet mellom akutt frykt og peritraumatisk dissosiasjon, var mediert av symptomer på panikk, og at peritraumatisk dissosiasjon er resultatet av overveldende traumatisk frykt.

Gershunty et al(2003), foreslår at frykt for død og tap av kontroll er kognitive responser på panikk, og at disse medierer forholdet mellom dissosiasjon og PTSD.

Peritraumatisk dissosiasjon relatert til utvikling av postnatal PTSD er så vidt blitt nevnt i noen studier(Moleman, 1992; Creedy et al, 2000; Soet et al, 2003). Molemann (1992)rapporterte at kvinner som fikk panikk under fødselen gikk inn i et dissociativ fase for å flykte fra den emosjonelle hendelsen.. Andre studier har foreslått at dissosiasjon er en respons på overveldende emosjonell og fysiologisk påkjenning under en fødsel(Sterlini og Bryant, 2002).

Svært få studier har sett eksplisitt på peritraumatisk dissosiasjon som prediktor for postnatal PTSD.

I en prospektiv studie har Olde et al(2005) sett på om perinatale negative emosjoner og perinatal dissosiasjon er assosiert med utvikling av symptomer på posttraumatisk stress relatert til barnefødsel.

I studien fant de at 2,1 % av kvinnene møtte kriteriene for postnatal PTSD. Kvinner som rapporterte høyere nivå av perinatal psykisk og somatisk dissosiasjon, var også tilbøyelig til å ha et høyere nivå av PTSD.

Et høyere nivå av negative perinatale emosjoner, var assosiert med et høyere nivå av PTSD. Kvinner som opplevde er instrumentell forløsning og også rapporterte høyere nivå av perinatal dissosiasjon, var i høyere risiko enn de med spontan forløsning.

Det er behov for flere studier som setter perinatal dissosiasjon ved traumatisk barnefødsel i sammenheng med andre kjente risikofaktorer.

8,3 Postnatale risikofaktorer

Svært få studier har sett på postnatale faktorer assosiert med postnatal PTSD. I en studie av Lyon(1998), blir det foreslått at økt stress, bruk av mestringsstrategier og liten støtte postnalt er assosiert med utvikling av symptomer på posttraumatisk stress.

I en annen studie fant Czarnocka og Slade (2000), at å klandre seg selv og/ eller personalet for det som skjedde under fødselen, er assosiert med posttraumatisk stress.

Varigheten av kvinnens bruk av smertestillende postnalt, er identifisert som en medvirkende årsak til utvikling av akutte traume symptomer(Creedy et al, 2000).Dette bekreftes i to tidlige kasustikker der det rapporteres at de traumatiserte kvinnene har langvarig perineal smerte post nalt.(Ballard et al, 1995; Fones,1996).

Det er fremdeles noe uklart på hvilken måte disse postnatale faktorene vil medvirke til utvikling av PTSD. De har vært foreslått at de kan gi økt stress og påvirke rekonvalesentprosessen(Ayers, 2004).

8,4 Oppsummering av risikofaktorer

På grunn av lite og sprikende forskning, som fortrinnsvis er retrospektiv, er det vanskelig å komme med konklusjoner når det gjelder risikofaktorer ved traumatisk fødsel og postnatal

PTSD. Studiene som til nå er blitt gjort, har sett på forskjellige faktorer og brukt forskjellige måleinstrument. De har også blitt utført i mange forskjellige land der erfaringene med fødsler er forskjellige (Ayers, 2004). Bare en studie (Ayers og Pickering, 2001), har sett på PTSD under graviditeten, så det er vanskelig å si om kvinner med tidligere traume/ PTSD har andre risikofaktorer enn de uten dette i sin sykehistorie.

Å oppfatte fødselen som traumatisk, er under de forskjellige studiene funnet å ha mest relasjon til obstetriske faktorer og andre perinatale risikofaktorer.

Utvikling av symptomer på posttraumatisk stress og PTSD er i tillegg assosiert med prenatale faktorer som psykososiale faktorer og sårbarhetsfaktorer.

Det er det behov for flere studier som ser på de samme risikofaktorer og bruker de samme måleinstrumenter.

9. FOREBYGGING OG BEHANDLING

Det har vært svært lite oppmerksomhet rundt behandling og forebygging av postnatal PTSD, og det finnes bare noen få studier som har tatt for seg den delen av problemstillingen (Alder et al, 2006).

De fleste kvantitative studier har sett på prevalens og risikofaktorer for lidelsen. Dette står i sterk kontrast til den mangfoldige variasjonen av studier av psykoterapeutiske tilnærmingsmåter gjort i andre PTSD populasjoner.

Det er et stort behov for mer systematisk forskning på hva som er effektive behandlingsstrategier for postnatal PTSD, hvordan man kan fange opp disse kvinnene på et tidlig stadium, og hvordan man evt. kan forebygge et fødselstraume og at det ender i PTSD. I denne oppgaven velger jeg å bruke Susan Ayer (2004) sin inndeling i primær, sekundær, og tertiær intervensjon, for å få en oversikt over tilgjengelig kunnskap om behandling av postnatal PTSD. Det kan stilles spørsmål ved om primær intervensjon er det samme som forebygging. Jeg velger å ta med eksempler fra andre PTSD populasjoner, siden forskningen er kommet mye lengre der.

9.1 Forebygging/ Primær intervensjon

Først og fremst er det veldig viktig å ta opp en grundig og fullstendig sykehistorie av alle gravide kvinner. Det bør legges vekt på tidligere obstetriske komplikasjoner som abort eller dødfødsel. Andre ting som er viktig å få fram i en sykehistorie, er tidligere traumer som voldtekt og seksuelt misbruk, samt andre risikofaktorer. Dette er nyttig for å finne ut blant annet om kvinnen allerede har PTSD, og for å kartlegge hvilke kvinner som er spesielt sårbare for utvikling av PTSD postnalt (Reynolds, 1997).). Kvinner som bærer med seg en spesiell sårbarhet, bør kunne tilbys alternative fødselsmetoder, som et planlagt keisersnitt. De bør også få ekstra støtte og oppfølging før, under og etter fødselen (Ayer, 2004).

En av de dokumenterte risikofaktorene for utvikling av PTSD postnalt er en mismatch mellom forventningene som kvinnen har på forhånd, og hvordan fødselen egentlig arter seg (Ayers, 2004).

Fødselsforberedende kurs er en viktig del i forebyggingen, Her kan kvinnene diskutere forventningene sine og få svar på spørsmål de måtte ha. De bør få god informasjon om hvilke akutte prosedyrer det kan være aktuelt å anvende, samt risiko og fordeler med disse. Dette bør gjøres på en saklig og informativ måte uten å virke skremmende (Ceedy et al, 2000). På denne

måten blir kvinnene bedre forberedt på det som måtte komme, og får justert forventningene sine til et mer realistisk nivå. Dette fører til at de kan delta mer aktivt i å ta bestemmelser under fødselen (Soet et al, 2003).

I et sammendrag av relevant litteratur, er det sett på effekten på mor og barn av å ha en person hos seg under hele fødselsforløpet, sammenlignet med den vanlige fødselsomsorg som tilbys på de forskjellige fødeavdelinger.

Resultatet viser at kvinnene som hadde en støtte person hos seg kontinuerlig under hele fødselen, hadde mindre sannsynlighet for: å motta regional smertestillende, å motta noe form for smertestillende, å måtte ha en instrumental vaginal fødsel, å måtte ha keisersnitt.

Kvinnene rapporterte større grad av tilfredsstillelse etter fødselen. Det ble konkludert med at kontinuerlig støtte under en fødsel burde være normen og ikke unntaket. (Hodnett et al, 2003). Selv om studien ikke så eksplisitt på utvikling av postnatal PTSD, vet man at mange av de nevnte faktorene ovenfor er kjente risikofaktorer for utvikling av nettopp denne lidelsen.

9,2 Sekundær intervensjon

Effektiviteten av psykoterapi hos mennesker med en alvorlig posttraumatisk stressrespons har vært gjenstand for diskusjon, mye pga. den spontane helbredelsen hos mange den første måneden etter den traumatiske hendelsen (Ayer, 2004). For å finne de som er i risikogruppe, kan man identifisere de med akutt stresslidelse (ASD), siden forskning viser at ca 80 % av de med ASD senere vil utvikle PTSD (Bryant og Harvey, 1998). Det er hevdet at det er ønskelig at kvinner som har hatt en traumatisk barnefødsel, blir screenet for symptomer på posttraumatisk stress de første dagene etter fødselen (Olde et al, 2006). Slik kan de med høyeste risiko for utvikling av postnatal PTSD fanges opp på et tidlig tidspunkt.

To studier av Bryant et al, (1998 og 1999), viser at en kort intervensjon med kognitiv atferdsterapi, effektivt kan behandle ASD og forebygge PTSD. En slik kort intervensjon inneholder som regel 5-6 konsultasjoner med elementer som: imaginær terapi, forlenget eksponeringsterapi og angstmestring. Det siste er bevist effektivt i reduksjon av det økte aggresjonsnivået som ofte følger ASD.

I et litteratursammendrag er det vist at de fleste studiene av oppfølging etter en traumatisk fødsel, vektlegger en mellom menneskelig tilnærming ved intervensjonen, mens kognitiv intervensjon er blitt brukt i "*the non childbirth field*" (Gamble og Creedy, 2004).

Litteraturen viser at elementer av kognitiv terapi, som å oppmuntre kvinnene til å forbinde hendelsen med følelser og atferd, brukes i samtaler etter traumatiske fødsler. Å gjenfortelle fødselshistorien og å skrive en fødselsdagbok, er en form for visuell eksponeringsterapi, som tillater kvinnene til å få kontroll på de aggressive følelsene de måtte ha (Gamble og Creedy, 2004).

Når det gjelder tidsrom og antall konsultasjoner, er dette viet lite oppmerksomhet i litteraturen.

Flere forfattere anbefaler en singel konsultasjon innen de første dager til uker etter fødselen (Lavender og Walkinshaw, 1998,). Dette kalles med andre ord en debriefing.

Debriefing inkluderer flere psykologiske tilnærmelsesmåter, som vanligvis består av kun en kort konsultasjon innen 4 uker etter den traumatiske hendelsen. Individene er oppfordret til å snakke om hendelsen for å øke emosjonell bearbeiding. Målet er å identifisere følelsesmessige reaksjoner, oppmuntre til å gi uttrykk for dem, og legitimere dem, for dermed å forebygge langtids komplikasjoner som PTSD (Dyregrov, 1989).

Det hersker stor uenighet blant forskerne om effektiviteten av en slik debriefing, og enkelte hevder til og med at den kan forverre situasjonen for individer som nylig har blitt utsatt for en traumatisk hendelse(Rose et al, 2002).

I et litteratursammendrag på generelt grunnlag, konkluderer forfatterne med at det ikke finnes noe bevis for at debriefing reduserer risikoen for utvikling av PTSD. De viser også til at de to studiene med lengst oppfølging(Hobbs 1996; Bisson, 1997), begge rapporterte en forverrende effekt av symptomene etter en debriefing(Rose et al, 2002).Dette er i samsvar med et annet litteratursammendrag gjort av Bisson(2003) som viser ingen effekt av "*single session early psychological intervention following traumatic events*".

Årsaker til dette er foreslått å være:

- Intervensjonen kan føre til en økning i psykologisk stress ved re-eksponering av den traumatiske hendelsen, uten å tillate tid til habituering, og kan dermed gi en sekundær traumatisering.

- Debriefing er unødvendig i en kultur med åpenhet, hvor temaer i en debriefing nå er en del av en akseptert kultur.

- Debriefing kan sykeliggjøre normalt stress, og øke forventningen om å utvikle psykologiske symptomer hos individer som ellers ikke ville gjort det.

- Ikke alle vil respondere på en debriefing. Forsøk på å glemme eller å distansere seg er en forsvarsmekanisme for noen, og en debriefings intervensjon vil forstyrre dette(Bisson, 2003, Rose et al, 2002).

Selv om resultatene ikke viser forebyggende effekt av debriefing etter en traumatisk hendelse, uttrykker de fleste at de har stor utbytte av det(Ayer 2004).

Når det gjelder debriefing etter barnefødsler, blir det mer og mer vanlig.

Også på dette området viser studiene varierende resultater. I et litteratursammendrag viser Gamble og Creedy(2004) til flere studier der debriefing er ineffektiv og potensielt skadelig(Small et al,2000:Priest et al, 2003), mens andre studier viser til et positivt resultat(Lavender og Walkinshaw,1998). Litteratursammendraget viser til stor enighet i viktigheten av en form for veiledning etter fødsel, men hevder også at det ikke har blitt omsatt til praksis. Mange studier har vært kritiske til den dårlige følelsesmessige omsorgen gitt av helsepersonell i barseltiden. Beskrivelsene av de forskjellige veiledningsteknikker er generelle, og det gis få retningslinjer for bruk av mer spesifikke veiledningsmodeller. De modellene som er bevist empirisk, krever psykoterapeutisk kompetanse og er unyttige for de fleste som jobber innen fødselsomsorgen(Gamble og Creedy, 2004)

Det er derfor nødvendig med mer forskning for å utvikle spesifikke behandlingsmodeller for bruk av helsepersonell som jobber med kvinner som har opplevd en traumatisk fødsel. Også her som bemerkt ovenfor, uttrykker kvinnene stor nytte av å snakke om den traumatiske fødselen med en jordmor. De uttrykker lettelse over å kunne dele sine følelser, få svar på spørsmål de måtte ha, og dette igjen hull mellom kunnskap og forståelse for den aktuelle hendelsen. Andre strategier som blir anbefalt er: psyko-edukasjon om PTSD symptomer, styrking av partner støtte, og å binde følelser og frustrasjoner til den aktuelle hendelsen(Alder et al 2006), I en studie av Ryding et al (1998) ble postpartum konsultasjoner utført av en obstetriker med psykoterapeutisk erfaring . Denne spesifikke intervensjonen økte kvinnes kognitive forståelse av fødselen, og reduserte posttraumatiske stressreaksjoner.

Gamble et al(2005) utførte en randomisert kontrollert studie av effektiviteten av terapi etter traumatisk barnefødsel .Resultatet viste en reduksjon av symptomer på traume, depresjon og stress i forhold til en kontrollgruppe. Kvinene ble fulgt opp over 3 måneder etter fødselsopplevelsen.. Konsultasjonene var ledet av en jordmor, og ble oppfattet som svært hjelpsomme av kvinnene.

I en annen randomisert kontrollert studie utført av Ryding et al(2004), ble det sett på effekten av gruppeterapi hos kvinner etter akutt keisersnitt. Konklusjonen viste at gruppeterapi ikke påvirket kvinnen syn på den nylige forløsningen, eller forebygget symptomer på posttraumatisk stress. Selv om resultatet ikke ga signifikante forskjeller, ble gruppeterapien satt stor pris på av kvinnene.

På fødeavdelingene i Norge er det vanlig med en jordmorsamtale før utskrivelse. Ved denne samtalen skal fødselsforløpet gjennomgå og kvinnen kan få svar på de spørsmål hun måtte ha. Det er godt for kvinnen å snakke om fødselen og de følelsene hun sitter inne med, men om det virker forebyggende op postnatal PTSD, er usikkert. Av egen erfaring virker disse samtalene lite strukturerte og farget av den enkelte jordmors erfaringer og holdninger. Jeg har ikke foretatt noen undersøkelse for å kartlegge hva en slik samtale skal inneholde og om de enkelte sykehus har standardiserte prosedyrer de følger.

Jeg har heller ikke sett på hvilke redskaper de enkelte helsestasjoner har, for å fange opp traumatiserte mødre ved 6 uker kontroll postnalt..

9,1 Tertiær intervensjon

Pasienter som tilfredsstiller kriteriene for PTSD etter 6 -8 uker postnalt, bør henvises til spesialisthelsetjenesten for en mer omfattende og spesialisert behandling av lidelsen(Alder et al, 2006).

Det er fullstendig mangel på studier som viser effekt av behandling av kronisk postnatal PTSD. Forskningen i ikke-obstetrisk sammenheng viser at pasienter med PTSD, behandles mest effektivt med traumebasert kognitiv terapi (Bisson og Andrew, 2005). Nedenfor vil de enkelte komponentene i denne terapiformen bli beskrevet:

-Psykoedukasjon

Informasjon om de vanligste symptomene som følger etter et traume, blir gitt ved første terapeutiske konsultasjon. Denne konsultasjonen setter fokus på hovedsymptomene ved en posttraumatisk stress respons, og diskuterer på hvilke måter de vil bli behandlet videre i terapien. Hensikten med dette er å legitimere reaksjonen på traumet, hjelpe pasientene med å sette ord på symptomene, og å etablere et fornuftsmessig forhold til behandling(Harvey et al, 2003).

-Eksponering

Forlenget imaginær eksponering krever at individer med PTSD, så levende som mulig forsøker å forestille seg traumet i en lengre periode. Terapeuten skal hjelpe pasienten med å lage en skildring av den traumatiske hendelsen, på en måte som tar vare på alle relevante detaljer inkludert sensoriske og affektive responser. En slik form for eksponeringsterapi varer ca. 50 minutter og blir vanligvis supplert med hjemme arbeid. Det finnes flere varianter av eksponerings terapi(Rothbaum et al, 2001).De fleste supplerer imaginær terapi med in vivo eksponering, som involverer en levende gradert eksponering for det fryktede traume-relaterte stimuli(Harvey et al, 2003).Mulige mekanismer for fordeler med eksponering er å:

- fremme habituerung og dermed gi reduksjon av angst
- fremme korreksjon av troen på at man får angst hvis man ikke unngår spesifikke stimuli
- hindre negativ forsterking assosiert med frykt reduksjon
- fremme opptak av korrekt informasjon i de traumatiske minnene
- etablere traumet som en diskret hendelse som ikke indikerer at verden er globalt truende

- øke selvmestringen ved å utføre eksponerings øvelser(Rothbaum og Mellham, 2001; Rothbaum og Schwartz, 2002).

-Kognitiv restrukturering

Tidlige modeller av PTSD hevder at en helbredelse av PTSD krever en integrasjon av korrekt informasjon som er uforenelig med den eksisterende frykt struktur(Foa et al, 1997).

Kognitiv restrukturering vil si å lære pasientene å identifisere og evaluere de negative automatiske tankene de måtte ha. Det betyr også å hjelpe pasienter til å evaluere tanker og overbevisninger om traumet, seg selv, verden, og framtiden (Marks et al, 1998).

-Angst håndterings trening

Denne terapiformen forsøker å gi individer mestringsstrategier. Dette vil gi dem en følelse av å ha kontroll over angsten, reduserer nivået av hyperaktivitet, og vil være et hjelpemiddel ved eksponering for det traumatiske stimulus. Dette inkluderer avslapnings øvelser, tanke stopp og selv prating(Meichenbaum,1975).

Varigheten av kognitiv terapi ved PTSD varierer i de enkelte studier og traumegrupper, og det mest vanlige er mellom 9-12 konsultasjoner der hver konsultasjon varer mellom 60-90 minutter. De enkelte komponentene er overfor presentert enkeltvis, men i virkeligheten overlapper de hverandre, og en terapeut kan ta i bruk flere av dem under samme konsultasjon(Harvey et al, 2003).

Det er et stort behov for mer systematisk forskning på hva som er effektive behandlingsstrategier for postnatal PTSD. Hvordan kan man fange opp disse kvinnene på et tidlig stadium, og hvordan kan man evt. forebygge et fødselstraume og at det ender i PTSD?

10. KONKLUSJON

Det har lenge vært kjent at for enkelte kan en barnefødsel være en traumatisk opplevelse, men ikke før diagnosekriteriene for PTSD ble endret med DSM-IV i 1994, kunne denne diagnosen stilles på bakgrunn av en traumatisk fødsel.

I denne litteraturstudien viser kasustikkene hvordan den kliniske hverdagen arter seg for kvinner med postnatal PTSD, med en hverdag preget av tilbakevendende og påtrengende bilder fra traumet, angst og økt irritabilitet, og forsøk på å unngå fra alt som kan vekke minner om traumet. Dette fører ofte til seksuelle vansker, frykt for å bli gravid på nytt, sosial isolasjon, samt forstyrrelser i forholdet mellom mor og det nyfødte barnet. Det foreligger flere kvantitative studier som har sett på tidlig samspill mellom mor og barn hos kvinner med postnatal depresjon, men ingen tilsvarende av kvinner med postnatal PTSD.

Kvantitative studier viser at ca 1 av 3 kvinner opplever en fødsel som traumatisk, ca 10 % har symptomer på posttraumatisk stress 4-6 uker postnalt, og dette reduseres til 2-3 % etter 6 mnd. Ca.1-2 % oppfyller kriteriene for PTSD postnalt. Disse tallene baserer seg på få studier som har brukt forskjellige måleinstrumenter, forskjellig tidspunkt ved diagnostisering, og gjort ved bruk av forskjellig terminologi. De fleste studiene er retrospektive og det er vanskelig å vite om kvinner med postnatal PTSD, også hadde PTSD før fødselen, siden bare en studie er prospektiv og inkluderer mål for PTSD i graviditeten. Det er behov for studier som følger kvinner med postnatal PTSD over en lengre periode.

Det finnes ikke noe entydig svar på hvorfor noen kvinner opplever en fødsel som traumatisk, og utvikler PTSD etter en fødsel. Identifiserte prenatale risikofaktorer er; tidligere traume,

tidligere psykiatrisk sykdom, mismatch i forventninger og angst som karaktertrekk. Perinatale faktorer som graden av obstetrisk intervensjon, opplevelsen av smerten, følelsen av å ha kontroll og graden av sosial støtte er også identifisert som risikofaktorer. Selv om obstetrisk intervensjon som akutt keisersnitt, og vakuumbetoning øker sjansen for posttraumatisk stress, ser man også postnatal PTSD etter vanlige vaginale fødsler. Dette indikerer at problematikken er sammensatt og utløses av en kombinasjon av flere faktorer som blant annet en prenatal sårbarhet.

Når det gjelder de postnatale risikofaktorene er faktorer som liten støtte, økt stress, og langvarig smerte nevnt å ha en betydning, men her foreligger nesten ingen forskning. Studier har vist at de viktigste risikofaktorene for å ha en traumatisk fødselsopplevelse, er de perinatale, mens risikofaktorene for å utvikle PTSD postnatalt er mer sammensatt og mer avhengig av en prenatal sårbarhet.

Studier av forebygging tilrå å gi vordende foreldre realistiske forventninger på fødselsforberedende kurs, og å ta opp en grundig anamnese m.h.t. tidligere traume og sårbarhet hos alle gravide kvinner. Kvinner med perinatale risikofaktorer bør få ekstra tilrettelegging, og individuell oppfølging før, under og etter fødselen.

Når det gjelder kortvarig intervensjon på traumatiserte kvinner, såkalt debriefing, spriker studiene. Noen hevder til og med at det kan være direkte skadelig. Kvinnene har derimot hevdet at det hjelper å snakke seg igjennom fødselsopplevelsen.

I mangel av studier av langtidsintervensjon ved postnatal PTSD, har jeg inkludert studier fra den generelle traumelitteraturen. Den viser at kognitiv atferdsterapi er den mest effektive valg ved langtidsbehandling av PTSD.

Denne litteraturstudien har vist at kvinner etter en traumatisk barnefødsel kan utvikle symptomer på posttraumatisk stress og postnatal PTSD. Dette tema trenger mer oppmerksomhet fra helsepersonell som jobber i fødsel og barselomsorgen, og det er behov for mer forskning..

11. LITTERATURLISTE

1. Adewuya, AO, Ologun, YA, Ibigbami, OS. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *British Journal of Gynaecology*, 113, 24-288.
2. Affleck, G, Tennen, H, and Rowe, J. (1991). Infants in crisis: how parents cope with newborn intensive care and its aftermath. *New York; Springer*
3. Afonso, D. (1977). "Missing pieces" - a study of postpartum feelings. *British Family Journal*, 4, 159-164.
4. Alder, J, Stadlmayr, W, Tschudin, S, et al. Post-traumatic symptoms after childbirth: What should we offer? (2006). *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27, 107-112.
5. Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process mediating variables and impact of traumatic birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 107-132.
6. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
7. Arizmendi, TG, and Afonso, DD. (1987). Stressful events related to pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 743-756.
8. Ayers, S, and Pickering, AD. (2001) Do women get posttraumatic stress as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 27, 111-118.

9. Bailman, D, and Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychological Health Medicine*, 8, 159-168.
10. Ballard, CG, Stanley, AK, Brockington, IF.(1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 166, 525-528.
11. Barlow, D.(1988). Anxiety and it`s disorders. *New York: The Guildford Press*.
12. Beck, CT.(2004 a). Birth Trauma. In The Eye of the Beholder. *Nursing Research*, 53, 28-35.
13. Beck, CT.(2004 b). Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth. The Aftermath. *Nursing Research*, 53, 216-224.
14. Becker, JV.(1982).The effects of sexual assault on rape and attempted rape victims. *Victimology*, 7, 106-114.
15. Beech, BA, and Robinson, J.(1985). Nightmares following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 147, 586.
16. Bernat, JA, Ronfeldt, HM, Calhoun, KS, and Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 111-118.
17. Billings, AG, and Moos, RH.(1986).Children of parents with unipolar depression: Acontrolled 1-year follow-up *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 149-166.
18. Bisson, J. Single-session early psychological interventions following traumatic events.(2003). *Clinical Psychology Review*, 23, 481-499.
19. Bisson, J, and Andrew, M.(2005). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue3*
20. Boscarino, JA(1997). Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: implications for clinical research and medical care. *Psychosomatic Medicine*, 59, 605-614.
21. Brewin, CR, Andrews, B, and Valentine, JD. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
22. Bryant, RA, and Harvey, AG. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 155, 625-629.
23. Bryant, RA, Harvey, AG,Sackville, T, et al. (1998). Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive behavioural therapy and supportive counselling. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 66, 862-866.
24. Bryant, RA, Sackville, T, Dang, ST, et al.(1999). Treating Acute Stress Disorder: An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy and Supportive Counseling Techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1780-1786.
25. Bydlowski, M, and Raul-Duval, A.(1978). Un avatar psychique meconnu de la puerperalite: La nevrose traumatique postobstetricale. *Perspectives Psychiatriques*, 4, 321-328.
26. Chamberlain, G.(1992). What is the correct caesarean rate? *British Journal of Obstetrics and Gunecology*, 100, 403-404.
27. Church, S, and Scanlan, .(2002). Post-traumatic stress disorder after childbirth: Do midwives have a preventative role? *The practising Midwife*, 5, 10-13.
28. Crompton, J. (2003). Posttraumatic stress disorder end childbirth. *Childbirth Educators New Zealand Education Effects*, summer, 25-31.
29. Cigolo, V, Gilli, G, and Saita, E.(2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27, 91-97.
30. Creedy, DK, Shochet, IM, Horsfall, J.(2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth*, 27, 104-111.

31. Crowe, K, and von Bayer, C.(1989). Predictors of a positive birth experience. *Birth*, 16, 59-63.
32. Czarnocka, J, and Slade, P.(2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 35-51.
33. DiMatteo, MR, Kahn, KL, and Berry, SH. (1993). Narratives of birth and the postpartum; analysis of the focus group responses of new mothers. *Birth*, 20, 204-211.
34. Dyregrov, A.(1989). Caring for helpers in disaster situations: psychological debriefing. *Disaster Manage*, 2, 25-30.
35. Ehler, A, and Clark, DM.(2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
36. Field, T, Healy, B, Goldstein, S, and Guthertz, M.(1990). Behavior-state matching synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26, 7-14.
37. Figley, CR. (1986). Trauma and It's Wake. *Traumatic Stress Theory Research and Intervention*, 39-54.
38. Fisch, RZ and Tachmore, O.(1989). Iatrogenic post-traumatic stress disorder. *Lancet*, 2, 1397.
39. Foa, EB, and Rothbaum, BO. (1997). Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioural therapy for PTSD. *New York: Guilford*.
40. Fones, C. (1996). Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 195-196.
41. Friedman, MJ.(1999). Progress in the psychobiology of post-traumatic stress disorder. *Seminars in the Clinical Neuropsychiatry*, 4, 229-316.
42. Gamble, J, Creedy, D, Moyle, W, et al.(2005). Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomised Controlled Trial. *Birth*, 32, 11-19.
43. Gamble, J, and Creedy, D.(2004). Content and Processes of Postpartum Counseling After a Distressing Birth Experience: A Review. *Birth*, 31, 213-221.
44. Gershunty, BS, Cloitre, M, and Otto, MW. (2003). Peritraumatic dissociation and PTSD severity: Do event-related fears about death and control mediate their relation? *Behaviour Research and Therapy*, 41, 157-166.
45. Gottvall, K, and Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 254-260.
46. Green, JM, Coupland, VA, and Kizinger, JV. (1990). Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 824 women. *Birth*, 17, 15-24.
47. Green, JM, and Baston, HA.(2003). Feeling in control during labour: concepts, correlates and consequences. *Birth*, 30, 235-247.
48. Harvey, AG, Bryant, RA, Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
49. Helmut. L.(2003). Fear and trembling in the amygdale. *Science*, 300, 568-569.
50. Hodnett, ED, Gates, S, Hofmeyr, GJ, and Sakala, C. (2003). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 3.
51. Hofberg, K, and Brockington, I.(2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.
52. Hofberg, K, and Ward, MR.(2004). Fear of Childbirth, Tocophobia, and Mental Health in Mothers: The Obstetric- Psychiatric Interface. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 3, 527-534.
53. Kennedy, HP, and MacDonald, EL.(2002). Altered consciousness during childbirth: Potential clues to posttraumatic stress disorder? *Journal of Midwifery and Women`s Health*, 5, 380-382.

54. Keogh, E, Ayers, S, and Francis, H.(2002). Does anxiety sensitivity predict posttraumatic stress symptoms following childbirth? A preliminary report. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 145-155.
55. Lavender, T, and Walkinshaw, SA. (1998). Can Midwives Reduce Postpartum Psychological Morbidity? A Randomized Trial. *Birth*, 25, 215-219.
56. Lovejoy, MC, Graczyk, PA, O'Hare, E, and Neuman, G.(2000). Maternal depression parenting behaviour, A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 120, 561-592.
57. Lyons, S. (1998).A prospective study of post traumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 91-105.
58. Kessler, RC, Sonnega, A, Bromet, E, et al.(1995). Posttraumatic stress disorder in the national co-morbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
59. Kolb, LC.(1993).The psychobiology of PTSD: Perspectives and reflections on the past, present and future. *Journal of traumatic stress*, 6, 293-304.
60. McClean, LI, McDermot, MR, and May, CP.(2000). Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices.*Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, 153-162.
61. Maggioni, C, Margola, D, and Filippi.(2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 27, 81-90.
62. Malt, UF, Retterstøl, N, and Dahl, AA. (2003). Lærebok i Psykiatri. Gyldendal Norsk Forlag AS.
63. Marks, I, Lovell, k, Noshirvani, H, et al. (1998).Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring : a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
64. Marmar, CR, Weiss, DS, Metzler, TJ. Et al. (1999). Longitudinal course and predictors of continuing distress following critical incident exposure in emergency services personell. *Journal of Nervous and Mental disease*, 187, 15-22.
65. Meichenbaum, D. (1975). Self-instructional methods. *Helping people change*, 357-392. New york. Pergamon Press.
66. Menage, J.(1993). Women's perception of obstetric and gynaecological examinations. *British Medical Journal*, 306, 1127-1128.
67. Moleman, N, Van der Hart, O, and Van der Kolk, BA. (1992).The partus stress reaction: A neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 271-272.
68. Nijenhuis, E, Van Engen, A, Kusters, I, and Van der Hart, O. (2001). Peritraumatid somatoform and psychological dissociation in relation to recall of childhood sexual abuse. *Journal of Trauma and Dissociation* ,2(3), 49-68.
69. O'Driscoll, M. (1994). Midwives, childbirth and sexuality. *British Journal of Midwifery*, 2, 39-41.
70. Olde, E, Van der Hart, O, Kleber, RJ, et al.(2005). Peritraumatic Dissociation and Emotions as Predictors of PTSD Symptoms Following Childbirth. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(3), 125-142.
71. Ozer, EJ, Best, SR, Lipsey, TL, and Weiss, DS. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
72. Priest, SR, Henderson, J, Evans, SF, and Hagan, R. (2003). Stress debriefing after childbirth: A randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*, 178, 542-545.
72. Reynolds, JL. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: The phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical association Journal*, 156, 831-835.
73. Rhodes, N, and Hutchinson, S.(1994). Labour experiences of childhood sexual abuse survivors. *Birth*, 21, 213-220.

74. Robinson, J.(1997). Cesarean section:Women`s choice. *British Journal of Midwifery*, 6, 669.
75. Priest, SR, Henderson, J, Evans, SF, and Hagan, R.(2003). Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. *MJA*, 178, 542-545.
76. Rose, A.(1992). Effects of childhood sexual abuse on childbirth: One woman`s story. *Birth*, 19, 214-215.
77. Rose, S, Bisson, J, Wessely, S (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder. Cochrane Review. *The Cochrane Library*. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd,
78. Rotbaum, BO, Hodges, L, Ready, D, et al. (2001). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 301-213.
79. Rotbaum, BO, and Mellman, TA. (2001). Dreams and exposure therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 481-490.
80. Rothbaum, BO, and Schwartz, AC.(2002). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 59-75.
81. Ryding, EL(1991). Psychosocial indications for caesarean section. A retrospective study of 43 cases. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavia*, 70, 47-49.
82. Ryding, EL.(1993). Investigations of 33 women who demanded a caesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia*, 72, 280-285.
83. Ryding, EL, Wijma, K, and Wijma, B.(1998). Predisposing psychological factors for posttraumatic stress reaction after emergency caesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia*, 77, 351-352.
84. Ryding, EL, Wijma, K, and Wijma B.(1998). Experiences of Emergency Cesarean Section: A Phenomenological Study of 53 Women. *Birth*, 25, 246-251.
85. Ryding, EL, Wijma, B, and, Wijma, K (1997). Posttraumatic stress reaction after emergency caesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia*. 76, 856-861.
86. Ryding,EL, Wiren, E, Johanson, G, et al.(2004). Group Counseling for Mothers After Emergency Cesarean Section: A Randomised Controlled Trial of Intervention. *Birth*, 31, 247-253.
87. Small, R, Lumley, J, Donohue, L, et al.(2000). Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *British Medical Journal*, 321, 1043-1047.
88. Scheiber, S, and Galai-Gat, T.(1993). Uncontrolled pain following physical injury as the core-trauma in post-traumatic stress disorder. *Pain*, 54, 107-110.
89. Schnurr, PP, Friedman, MJ, and Bernardy, NC. (2002). Research on Posttraumatic Stress Disorder: Epidemiology, Pathophysiology, and Assessment. *Psychotherapy in Practice*, 58, 877-889.
90. Schnurr, PP, and Jankowski, MK. (1999). Physical health and post-traumatic stress disorder. Review and synthesis. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4, 295-304.
91. Skari, H, Skreden, M, Malt, UF, Dalbolt, M, Ostesen, AB, Egeland, T, et al.(2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 1154-1164.
92. Small, R, Lumley, J, Donoue, L, et al.(2000). Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *British Medical Journal*, 321, 1043-1047.
93. Sterlini, GL, and Bryant, RA. (2002). Hyperarousal and dissociation: A study of novice skydivers. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 431-437.
94. Stolte, K. (1986). Postpartum “ missing pieces”:Sequela of a passing obstetrical era? *Birth*, 13, 100-103.

95. Sødquist, J, Wijma, B, and Wijma K. (2006). The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 27, 113-119.
96. Sødquist, J, Wijma, K, and Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth. The role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 23, 31-39.
97. Uotila, JT, Taurio, K, Salmelin, R, and Kirkinen, P. (2005). Traumatic experience with vacuum extraction- influence of personal preparation, psychology, and treatment during labour. *Journal of Perinatal Medicine*, 33, 323-378.
98. Van Emmerik, AA, Kampuis, JH, Hulsbosch, AM, and Emmelkamp, PM. (2002). Single session debriefing after psychological trauma. *Lancet*, 360, 766-771.
99. Vieweg, WVR, Julius, DA, Fernandez, A. et al. (2006). Posttraumatic Stress Disorder: Clinical Features, Pathophysiology and Treatment. *The American Journal of Medicine*, 119, 383-390.
100. Von Korff, M, and Simon, G. (1996). The relationship between pain and depression. *British Journal of Psychiatry*, 168, 101-108.
101. Weaver, J. (1997). Childbirth: preventing posttraumatic stress disorder. *Professional Care of Mother and Child*, 7, 2-3.
102. Wijma, K, Soderquist, J, and Wijma, B (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 587-597.
103. Yehuda, R. (2000). Biology of Post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 14-21.

VEDLEGG 1

Diagnostiske kriterier for Post Traumatisk Stress Lidelse definert i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition:

A) Personen har vært utsatt for en traumatisk hendelse der begge kriterier som følger nedenfor har funnet sted:

- personen opplevde, var vitne til, eller ble konfrontert med en hendelse/hendelser som involverte reel eller truende død eller alvorlig skade, eller en trussel mot sin egen eller andres fysiske integritet.

- personens respons involverte intens frykt, hjelpsløshet, eller skrekk.

B) Den traumatiske hendelsen blir gjenopplevd på en (eller flere) av følgende måter:

- Tilbakevendende og påtrengende minner fra hendelsen. Dette inkluderer bilder, tanker og sanseinntrykk.

- Tilbakevendende, forstyrrende drømmer om den aktuelle hendelsen.

- Å føle seg eller oppføre seg som om det aktuelle traume blir opplevd på nytt. Dette inkluderer illusjoner, hallusinasjoner og dissosiative flashbacks.

- Intens psykologisk stress og ubehag ved eksponering for interne eller eksterne situasjoner som symboliserer eller vekker minner fra den traumatiske hendelsen.

- Fysiologisk reaktivitet ved eksponering for interne eller eksterne situasjoner som symboliserer eller vekker minner fra den traumatiske hendelsen.

C) Vedvarende unnvikelse av stimuli som er assosiert med traumet, og en lammelse av den generelle mottakelighet (ikke tilstede før traumet), indikert med tre av følgende kriterier:

- forsøk på å unngå tanker, følelser og samtaler som assosieres med traumet

- forsøk på å unngå aktiviteter, steder og mennesker som framkaller minner fra traumet

- å ikke være i stand til å huske viktig aspekter ved traumet

- markant nedsatt interesse eller deltakelse i aktiviteter
 - følelse av atskillelse eller fremmedgjøring fra andre
 - begrenset følelsesregister (manglende evne til å føle kjærighet eller glede)
 - følelse av å ha en begrenset, usikker framtid
- D) Vedvarende symptomer på økt aktivering(ikke tilstede før traumet), indikert med to av følgende kriterier:
- problemer med å sovne og forbli sovende gjennom natta.
 - irritabilitet og sinne utbrudd
 - konsentrasjonsproblemer
 - økt vaktomhet
 - overdrevet oppfarehet
- E) Symptomene i kriterium B, C, og D, må ha vart i mer enn en måned.
- F) Forstyrrelsen medfører signifikant stress som fører til nedsatt sosial og arbeidsrelatert funksjon.
- Kan deles i: Akutt: varighet av symptomer mindre enn 3 mnd
 Kronisk: varighet av symptomer i 3 mnd eller mer
 Forsinket start: symptomene starter 6 mnd eller mer etter traumet
- (American Psychiatric Association, 1994)

Klinisk bilde

PTSD er en angstlidelse som kan oppstå hos mennesker som har vært utsatt for særlig skremmende og redselsfulle opplevelser. Eksempler på slike opplevelser kan være; krig, opphold i konsentrasjonsleir, natur katastrofer, tortur og voldtekt(Malt et al, 2003). Angstlidelser er de vanligste av alle psykiatriske lidelser. Angst har mange av symptomene og tegnene på frykt, men varer lenge etter at stress stimuli er fjernet og trusselen er over. Angst kan også oppstå uten at man kan definere en ytre fare. Akkurat som kronisk smerte ikke lenger har en nytteeffekt, har heller ikke angst det(Vieweg et al, 2006).

Lidelsen kjennetegnes ved symptomer fra DSM-IV, kriterium B, C, og D.

Intrusjon (B)

Pasienter med PTSD vil ha en stadig gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen både i våken tilstand, og ved søvn. Ikke sjeldent oppleves katastrofen på nytt, enten i en drøm, ved innsovning eller oppvåkning. Livs situasjoner eller nye sanseinntrykk som minner om den traumatiske hendelsen, vil være forbundet med gjenopplevelse av angsten, og gi sterke følelsesmessige reaksjoner. For eksempel kan lukten av diesel eller brent dyre kjøtt vekke grusomme minner hos en tidligere soldat. Torturerte flyktninger kan få angstanfall når de må melde seg for politiet i Norge, fordi torturen i deres hjemland ble utført av politiet(Malt et al, 2003).

Den mest dramatiske form for gjenopplevelse er flashback. I sjeldne tilfeller har pasienter en slags endret bevissthet, der de føler og handler som om traumet faktisk skjer. Denne gjenopplevelsen er assosiert med et høyt angstnivå, og kan gi fullstendig panikkangst og andre stressreaksjoner(Vieweg et al, 2006).

Unnvikelsesadferd/ Nummenhet (C)

Mange pasienter med PTSD vil forsøke å unngå alt som kan minne dem om den traumatiske hendelsen, dette være seg tanker, følelser og aktiviteter relatert til traumet. Dette i frykt for å gjenoppleve traumet. Mange har nedsatt evne til å føle glede eller kjærighet(ahedoni), og føler seg atskilt fra omverden(Vieweg et al, 2006). Dette kan bli så ille at det fører til sosial tilbaketrekking, isolering, og får preg av å være en fobi(Malt et al, 2003).

Økt aktivering (D)

En økt vaksomhet kan man ses ved at pasienten lett skvetter til ved lyd og lysglimt. Økt aggresjonsnivå og irritabilitet blir ofte sett hos disse pasientene. Dette er et kjennetegn på den økte kampberedskap som dette reaksjonsmønsteret representerer. Over lang tid kan denne økte aktiveringen føre til psykosomatiske plager(Malt et al,2003).